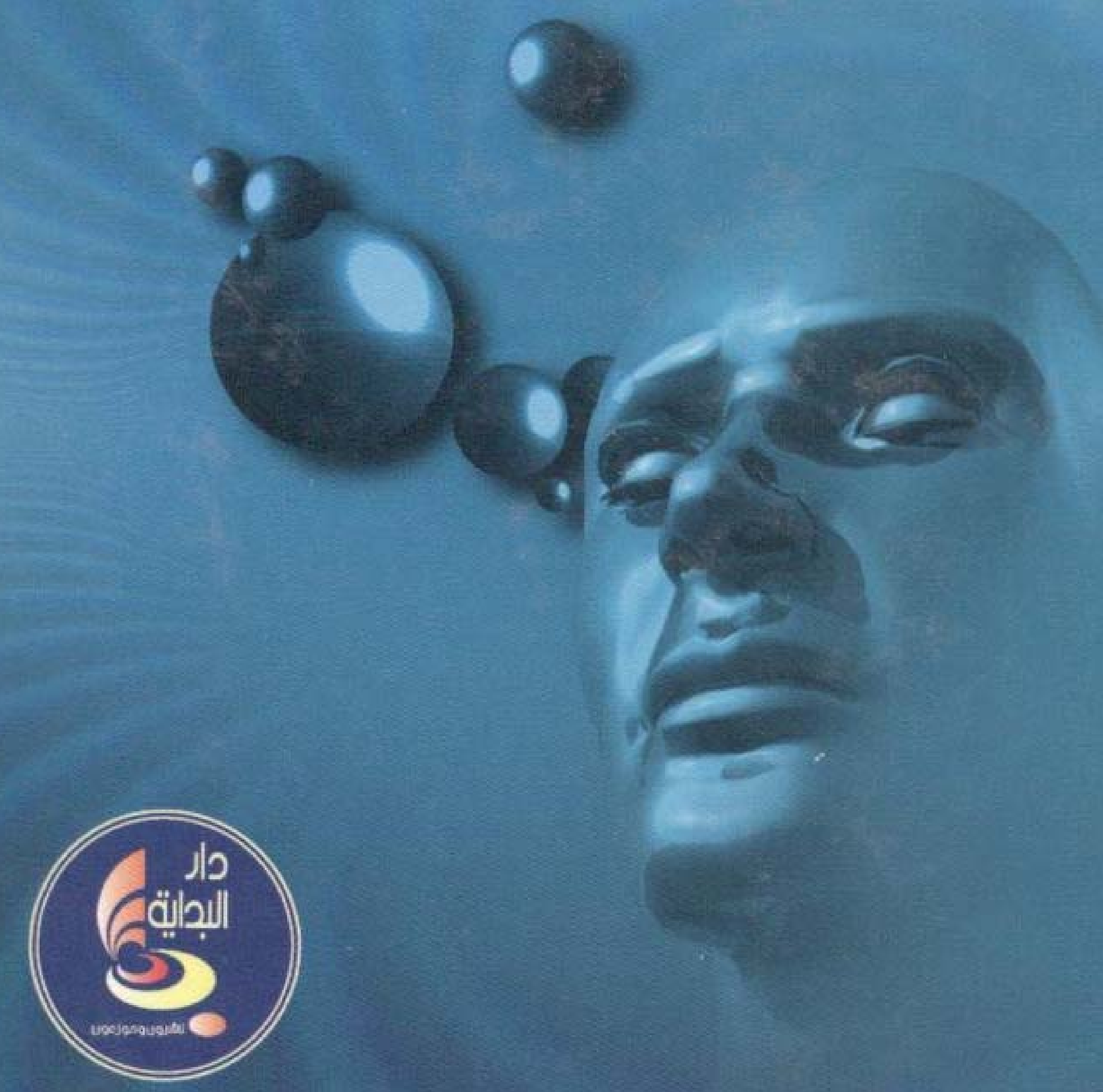
مفاهيم اساسية في

الصحة النفسية و الإرشاد النفسي

الدكتور

عبد الفتاح الخواجة



دار البداية

info.daralbedayah@yahoo.com

خبراء الكتاب الأكاديمي

مفاهيم أساسية في

الصحة النفسية

والارشاد النفسي

تأليف:
الدكتور عبدالفتاح الخواجه

الطبعة الأولى
2010م / 1431هـ



المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2009/9/4082)

616.08
الخواجة ، عبد الفتاح محمد
مفاهيم اساسية في الصحة النفسية والارشاد / عبد الفتاح محمد سعيد
. _ عمان: دار المستقبل للنشر والتوزيع ، 2009.
( ) ص.
ر.أ: (2009 / 9 / 4082)
الواصفات: / الطب النفسي // الصحة النفسية // الارشاد النفسي //
ارشاد الطلاب /

* إعدادت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية
*يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر
هذا المصنف عن راي دائرة المكتبة الوطنية او أي جهة حكومية أخرى .



الطبعة الأولى

2010م / 1431 هـ



دار البداية ناشرون وموزعون
عمان - وسط البلد
هاتف: 4640679 6 962+ تلفاكس: 4640597 6 962+
ص.ب 510336 عمان 11151 الأردن
Info.daralbedayah@yahoo.com
مختصون بإنتاج الكتاب الجامعي
ISBN: 978-9957-82-007 -7 (ردمك)

بسم الـلـه الرحمن الرحيم

مقدمة الكتاب:

قال تعالى:(إِنَّ الـلـه لا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنفُسِهِمْ وَإِذَا أَرَادَ الـلـه بِقَوْمٍ سُوءاً فَلا مَرَدَّ لَـهُ وَمَـا لَهُـمْ مِـنْ دُونِهِ مِنْ وَالٍ)سورة الرعد(11).

خلال هذا الكتاب (مفاهيم أساسية في الصحة النفسية والارشاد النفسي), والـذي أردت ان أقدمـه للمكتبة العربية ليكون ركيزة هامة في مجال الصحة النفسية, خاصة وان الانسان يتقدم دائما من مرحلة اقل كمالا من النمو الى مرحلة اكثر كمالا, وهو دائم البحث عن الصحة ومفاهيمها ليكـون اكـثر سـعادة وعطاءا.

فالناس يسعون منذ نعومة اظفارهم جاهدين نحو تحقيق ذواتهم, وهناك عـدد قليـل ربمـا يصـل الى غايته وهدفه خلال رحلة الحياة القصـيرة, غـير ان هنـاك افـرادا واجهـتهم ظـروف وعقبـات جسـام استطاعوا التغلب عليها وواجهوها بكل اقتدار وجرأة وصبر وتحمل, ووصلوا الى ابعد نقطـة يمكـن لهـم ان يصلوا اليها خلال مشوار حياتهم, وكان ذلك لهم لانهم عرفوا كيف يستثمرون لحظات العمر, وكيف يخططون لنجاحهم, وكيف يثيرون دوافعهم بأنفسهم, الى ان وصلوا, كما انهم تمتعـوا بالصـحة النفسـية والتي منحتهم القوة والطاقة.

أما الذين لم يحققوا الصحة النفسية فقد كانوا بعيدين عن السعادة والرضـا الشـامل في كثـير مـن مراحل حياتهم...

المؤلف: د. عبدالفتاح محمد سعيد الخواجه



اهداء

الى طلبة العلم.... في المعاهد والكليات والجامعات في عالمنا العربي الكبير....

الى الآباء والامهات.....الى الابناء.....بنين وبنات.....

الى المربين والمربيات الافاضل والفاضلات...
الى من يمدون ايديهم الى الطلاب والطالب ويمنحونهم الصحة النفسية والسعادة والرضا الشامل............

مع فائق الاحترام والتقدير.......

المحتويات

الفصل الأول

بعض المفاهيم الأساسية

في الصحة النفسية

الفصل الأول

بعض المفاهيم الأساسية في الصحة النفسية

الصحة النفسية:

ورد في القرآن الكريم لفظ النفس بمعنى الذات البشرية للفرد أو للجماعة، ما يقارب(275) مرة, فتارة تكون النفس(الذات)مطمئنة قال تعالى؛(يا أيتها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية)سورة الفجر(27) أي يتمتع صاحبها بتوافق نفسي وصحة نفسية بحيث يرضى الفرد عن نفسه وعن الأفراد من حولة في الوسط الذي يعيش فيه. كما ورد ايضا عن النفس(الذات) الفاجرة قال تعالى؛ (ونفس وما سواها فألهمها فجورها وتقواها)سورة الشمس(7). كما ورد على لسان رب العزة النفس اللوامة, (ولا اقسم بالنفس اللوامة)سورة القيامة(2). وهي النفس الحائرة القلقة غير الراضية عما يقوم به أصحابها . ويقول اللـه تعالى (وما ابرئ نفسي إن النفس لأمارة بالسوء إلا ما رحم ربي ان ربي غفور رحيم)سورة يوسف(53). أي بوجود النفس الشريرة التي تأمر صاحبها القيام بالأعمال السيئة غير السوية . لقد زاد اهتمام الدول ولأفراد بموضوعات علم النفس التي تخص حياتهم ومشاعرهم وما يعانوه من مشكلات حياتية يومية مثل تعابير العقد النفسية، وفصام الشخصية، وسوء التكيف والإحباط والكبت، والاغتراب والقلق، والمخاوف المرضية، والاجهاد والاحتراق النفسي وغيرها.

وفي العصر الحديث عصر القلق والتوتر يعد علم الصحة النفسية من أكثر العلوم الانسانية إثارة للاهتمام والدراسة، ولم ينحصر اهتمام الدارسين بالاضطرابات النفسية وليدة هذا العصر، فحسب بل شمل البحث عن مفهوم الصحة النفسية ومظاهرها بهدف تحقيقها للأفراد, ولحمايتهم من الوقوع في متاهات الاضطراب النفسي.

وللصحة النفسية شقان؛ أولهما نظري علمي، يتناول الشخصية والدوافع والحاجات، وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها، وحيل الدفاع النفسي، والتوافق وتعليم الناس، وتصحيح المفاهيم الخاطئة، وتدريب الأخصائيين للقيام بالبحوث العلمية والشقق الثاني تطبيقي عملي، يتناول الوقاية من المرض النفسي، وتشخيص الأمراض النفسية وعلاجها.

ماذا يعني مفهوم الصحة النفسية:

تتعدد تعريفات الصحة النفسية، لكن معظم هذه التعريفات تتضمن الشروط اللازم توافرها حتى يتم تكيف الفرد مع نفسه والآخرين، والبيئة بشكل عام تكيفا يحقق السعادة للفرد والمجتمع.
والسعادة ليست دواء يقدمه لنا الآخرون بقدر ما هو شعور داخلي ينبع من الذات ويتضمن عددا من المشاعر الإنسانية، كالرضا عن النفس والثقة بها وبالآخرين والرغبة في العطاء والقدرة على تقديمه لهم.

وقد يقول قائل من أين ستأتي السعادة والدنيا مليئة بالآلام والأحزان؟ فليس الحزن انتفاء السعادة، وذلك انه في أحوال عديدة تعبير عن قلب إنساني يشعر بالناس ويسع الآم الآخرين، وليس بالضرورة أن يولد الحزن الاضطراب والتوتر الهدام، فقد يدفع النفس لمزيد من العمل والبذل والعطاء مما يملؤها شعورا بالثقة والرضا والسعادة. وعلم الصحة النفسية هو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي, ما يؤدي إليها وما يحققها, وما يعوقها, وما يحدث من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية, ودراسة أسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها. كما ان علم النفس يخدم الصحة النفسية من خلال دراساته العلمية عن طريق الوقاية والعلاج . ويمكن النظر إلى علم النفس على أنه "علم صحة. "

الصحة النفسية: هي حالة دائمة نسبياً, يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً(شخصياً وانفعالياً واجتماعياً أي مع نفسه ومع بيئته), ويشعر بالسعادة مع نفسه, ومع الآخرين, ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال إمكاناته إلى أقصى حد ممكن, ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة, وتكون شخصيته متكاملة سوية, ويكون سلوكه عادياً, ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام . والصحة النفسية حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة العقل وسلامة السلوك. وليست غياب أو خلو من المرض النفسي . وللصحة النفسية شقان: نظري علمي: يتناول الشخصية والدوافع والحاجات وأسباب الأمراض النفسية وأعراضها وحيل الدفاع النفسي والتوافق, وتعليم الناس وتصحيح المفاهيم الخاطئة, وإعداد وتدريب الأخصائيين والقيام بالبحوث العلمية . وتطبيقي عملي: يتناول الوقاية من المرض النفسي- وتشخيص وعلاج الأمراض النفسية .

مفهوم الصحة النفسية عند مدارس علم النفس:

1- المدرسة التحليلية :

يرى فرويد مؤسس المدرسة التحليلية في علم النفس أن الفرد الذي يستطيع أن يحقق الصحة النفسية لذاته، هو الشخص القادر على منح الحب والعمل المنتج عموما وتتمثل الصحة النفسية من وجهة فرويد في القدرة على مواجهه الدوافع البيولوجية والغريرية والسيطرة عليها في ضوء متطلبات الواقع الاجتماعي ، كما تتمثل في قدرة الأنا على التوفيق بين مطالب الهو والأنا الأعلى. ويرى فرويد أن الانسان لا يستطيع ان يصل إلى إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية ذلك لأنه في حالة صراع دائم بين محتويات الهو ومطالب الواقع. وقد عارض إدلر هذه النظرية التشاؤمية لفرويد، ورأى ان الأنسان يستطيع أن يتغلب على الشعور بالنقص ويحقق الحصة النفسية عن طريق:

- الميل الإجتماعي والعيش مع الآخرين.
- التنشئة الإجتماعية الصحية.
- وضع أهداف محدة والعمل على تحقيقها بالشكل الذي يسهم في تكوين شخصية متماسكة قادرة على مواجهة الصعوبات.

واكد فروم أيضا على أهمية دو العوامل الاجتماعية في تحقيق الصحة النفسية وأوضح أن الانسان خير، وأن المجتمع غير التسلطي يعمل على بناء شخصية متجه قادرة على الحب وعلى توظيف امكانياتها ، وتحقيق الحق والعدل . أما أريكسون فقد أسس نظرية نفسية إجتماعية في النمو، ورأى أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على مواجهة مشكلات مرحلة النمو التي يمر بها بنجاح، واوضح أريكسون أن صحة الفردالنفسية في مرحلة عمرية معينة تساعد الفرد في تحقيق التكيف النفسي في المراحل العمرية التالية. أما كارين هورني فتتمثل الصحة النفسية حسب رأيها في إدراك الذات وتحققها والمقدرة على إضفاء التكامل بين معظم الحاجات النفسية.

2-المدرسةالسلوكية:

ترى هذه المدرسة أن السلوك ينشأ من البيئة، وأن عملية التعلم تحدث نتيجة لوجود الدافع والمثير والاستجابة، بمعنى أنه إذاوجد الدافع والمثير حدثت الاستجابة(السلوك)، ولكي يقوى الربط بين المثير والإستجابة لابد من التعزيز، أما إذا تكررت الإستجابة دون تعزيز كان ذلك عاملا على إضعاف

الرابطة بين المثير والإستجابة أي إضعاف التعلم. وتقرر هذه المدرسة أن الناس يقومون بسلوك سوى معين لأنهم بهذا الشكل ننتجة للتعزيز.

إن مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد باستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة ... استجابات بعيدة عن القلق والتوتر. وعليه يتلخص مفهوم الصحة النفسية وفقا لهذه الرؤية في القدرة على اكتساب عادات تناسب مع البيئة التي يعيش فيها الفرد وتتطلبها هذه البيئة. وقد وجهت انتقادات عديدة لهذه المدرسة، ومن أهمها التركيز على أهمية التعزيز الخارجي والدوافع الخارجية للسلوك الإنساني، وعدم اهتمامها بالتفكير والعواطف والشعور، وانعكاس ذلك على هذا السلوك.

3- المدرسة الإنسانية:

يعد المذهب الإنساني في علم النفس مذهبا حديثا نسبيا، وقد ظهر كرد فعل للمدرستين الأساسيتين في علم النفس وهما مدرسة التحليل النفسي والسلوكية ويقوم هذا المذهب على رفض المسلمات التي تقوم عليها المدرستان، ولعل من أهم مسلمات هذا المذهب.

- الإنسان خير.
- الإنسان كائن حي في نشاط مستمر ونمو دائم.
- إن الخبرة الحاضرة للفرد ذات أهمية بالغة وينبغي دراستها كما يدركها الفرد وليس كما يدركها الاخرين.
- إن الفهم السليم لنشاط الإنسان وسلوكه لا يتأتي إلا بدراسة الأصحاء وليس المرضى كما فعل الفرويديون. وتبدو الصحة النفسية عند المفكرين الإنسانيين في مدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا. ويختلف الأفراد فميا يصلون إليه من مستويات من حيث الإنسانية الكاملة وهكذا يختلفون في مستويات صحتهم النفسية. ويعد ابراهام ماسلو وكارل روجزر من أشهر العلماء الإنسانيين لذا نستعرض آراءهم في مجال من خلال الآتي:

إبراهام ماسلو والذي رأى ماسلو أن للإنسان حاجات متنوعة، وأن هذه الحاجات تتوزع بصورة هرمية كالآتي :

أ- المستوى الأدني: ويضم الحاجات الفسيولوجية والحاجة إلى الأمن والسلامة . وهذه الحاجات على درجة عالية من الأهمية فإذا كان الفرد مرتاحا

ومشبعا لحاجاته الجسمية ويشعر بالأمان فإنه سيحاول إشباع المستوى الأعلى من الحاجات التي يطلق عليها الحاجات الإجتماعية.

ب- المستوى الأعلى: ويضم حاجة الصداقة والعطف والحنان والأنتماء.

ويعد إشباع هذه الحاجات يسعى الفرد إلى إشباع دوافع التحصيل والتقدير، ثم دافع تحقيق الذات الذي يعد الغاية العظمى في هرم ماسلو. وتتحقق الصحة النفسية من وجهة نظر ماسلو عندما يتمكن الفرد من إشباع هذه الحاجات بطريقة سوية، ويحقق إنسانية الكاملة.

ومن المؤشرات التي تحدد معنى الإنسانية الكاملة الآتي؛

- حرية الفرد تلك الحرية التي يمارسها الإنسان وهو مدرك لحدودها، ومتحمل لمسؤوليتها وما ينتج عن ممارستها، والتي عن طريقها يصل إلى معنى لحياته.
- إرادة حرية تمكن الفرد من اختيار هدف معين والعيش من أجل تحقيقه.
- الشعور بالأمان والأنتماء وتقبل الذات.
- تقبل الآخرين وحبهم والتعاطف معهم.
- الالتزام بقيم عليا مثل الحق والجمال والخير وغيرها من القيم التي تدل على انسانية الإنسان الكاملة وتعبر عن الصحة النفسية.

كارل روجرز: حيث وضع هذا العالم نظرية الذات في علم النفس، او ما يعرف بنظرية الارشاد المتمركز حول العميل, ويرى روجرز أن كل فرد قادر على إدراك ذاته تكوين مفهوم او فكرة عنها. وينمو مفهوم الذات نتيجة للتفاعل الإجتماعي جنبا على جنب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات. ولكي يحقق الإنسان ذاته لا بد أن يكون مفهومه عنها موجبا وحقيقيا، وعليه فإن الإنسان المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه.. الشخص الذي يتفق سلوكه مع المعايير الإجتماعية ومع مفهومه عن ذاته.

وتستند نظرية روجرز في الشخصية إلى المفاهيم الأساسية التالية:

ان الإنسان كل منظم يتصرف بشكل كلي في المجال الظاهري بدافع تحقيق الذات والسلوك الهادف لتحقيق النمو والتحرر من مقومات تطوره. وان الإنسان خير في جوهره ولا حاجة للسيطرة عليه والتحكم به.

الذات: وهي مدركات وقيم تنشا من تفاعل الفرد مع البيئة . والذات تحافظ على سلوك المسترشد. والذات في حالة نمو وتغير نتيجة التفاعل المستمر مع المجال

الظاهري والفرد لديه أكثر من ذات : الواقعية، المثالية، الخاصة.

المجال الظاهري: وهو الواقع المحيط بالفرد والذي يدرك أهميته؛ لان الفرد يختار استجابته على أساس ما يدركه، لا على أساس الواقع.

وبحسب هذه النظرية فان الاضطراب النفسي ينتج عندما يفشل في استيعاب، وتنظيم الخبرات الحسية العقلية التي يمر بها، إضافة إلى الفشل في تنمية المفهوم الواقعي للذات، ووضع الخطط التي تتلاءم معه؛ لذا أفضل طريقة برأي روجرز، هي لتغيير السلوك هي تنمية مفهوم ذات واقعي موجب، حيث بينت الدراسات إن مفهوم الذات يكون مشوها بعيدا عن الواقع لدى المرضى عقلياً. وإن من أهم أسباب الاضطراب النفسي هو الإحباط حيث انه يعوق مفهوم الذات، ويهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد. كما إن انضمام خبرة جديدة لديه ولا تتوافق مع الخبرات السابقة لديه تجعله في حالة اضطراب نفسي. و خطوات الإرشاد النفسي عند روجرز؛ الاستكشاف والاستطلاع: أي تعرف مصادر قلق المسترشد وتوتره، وتحديد الجوانب السلبية والايجابية في شخصية المسترشد؛ كي يفهم شخصيته ويستغل الجوانب الايجابية منها لتحقيق أهدافه. وتوضيح وتحقيق القيم: يساعد المرشد المسترشد في زيادة فهمه وإدراكه لقيمه الحقيقية بهدف تعرف التناقض فيما بينها، والكشف عن أسباب التوتر الناجم من اختلاف قيمه عن الواقع. هنا يقوم المرشد بتوضيح الفرق بين القيم، والآمال، والقيم الحقيقية، والقيم الزائفة. والمكافأة وتعزيز الاستجابات حيث يوضح المرشد مدى التقدم أو التغير الايجابي ويقويه لدى المسترشد كخطوة أولية للتغلب على مشكلاته الانفعالية.

4- **المدرسة المعرفية:** تتضمن الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب هذه المدرسة القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل واستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات. وعليه فإن الشخص المتمتع بالصحة النفسية فرد قادر على استخدام استراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية ويحيا على فسحة من الأمل، وان لا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه. ومن المفيد القول في هذا المجال أن بعض الوجوديين يرى ان الصحة النفسية للفرد تكون في حريته في اختيار قيم تحدد إطارة في الحياة وتعطي معنى لحياته، كما تكون في اللجوء إلى الله وعبادته. أما البعض الآخر فقد رفض هذا

الرأى ونادى بضرورة إدراك الإنسان بانه يعيش حياة بلا معنى، حياة تتشكل من سلسة من التناقضات وعليه أن يعيشها أو يعايشها كما تأتي الرياح. ونلاحظ تأثر الطرف الأول بمادى علم النفس فقد ظهر من بين المشتغلين بعلم النفس عدد من المتحدثين بالوجودية نذكر منهم ماى ، لينج ، وفرانكل وعلى الرغم من وجود بعض الاختلافات بينهم إلا أنهم يشتركون في إطار عام، حيث يؤكدون على فردية الإنسان وقيمة وصراعة في سبيل الوصول إلى معنى لوجودة ورغبته في الوصول إلى تنظيم معين من القيم يختاره بإرادة حرة، إذ تدفع الإنسان في حياته رغبة قوية للوصول إلى معنى لوجودة، وهو دائما وأبدا مدفوع بإرادة إلى اكتشاف ذاته وممارسة حياته كما يراها وكما يختارها، وبهذه الإدرادة يحقق الإنسان لنفسه الصحة النفسية ويعود من اغترابه بالتمسك بالقيم الروحية.

لقد تعددت تعريفات ومفاهيم الصحة النفسية ولكن يمكننا حصرها في إتجاهين أساسيين هما:

الإتجاه السلبي: ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الصحة النفسية هي الخلو من الأعراض المرضية. وتكمن الصعوبات في هذا التعريف في عدم اتفاق العلماء على أنواع النشاط التي يقوم بها الفرد، والتي تعد منافية للصحة النفسية السليمة. لكن القائلين بهذا التعريف يدافعون عنه بقولهم أن الحالة النفسية لا تصبح شاذة إلا حين تبلغ درجة شديدة في الفكر الإنساني، فكثيرا ما عرف الخير بأنه انتفاء الشر، والعدالة بانها انتفاء الظلم, والحقيقة ان هذا التعريف يحتاج لمزيد من الدقة والاهتمام بمظاهر الصحة النفسية.

الإتجاه الايجابي: ويرى اصحاب هذا الاتجاه أن الصحة النفسية تتحدد في ضوء توافر عدد من المظاهر تعد محددة لها، ويحاول من يقدم هذا التعريف أن يبحث عن أنواع النشاط التي تصف الصحة النفسية وتعبر عنها. وبناء عليه فإن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من أعراض المرض النفسي، ولكنها تتضمن التمتع بصحة النفس والجسم، وتبدو في التناسق الكائن بين الوظائف النفسية المختلفة, والصحة النفسية كما يعرفها حامد زهران " حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا شخصيا وانفعاليا واجتماعيا ويشعر بالسعادة مع نفسه والآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكانياته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون

شخصيته متكاملة سوية ويكون سلوكه عاديا بحيث يعيش في سلامة " وسلام ". وعموما تختلف التعريفات الإيجابية للصحة النفسية وفقا للاختلاف بين واضعي هذه التعريفات من حيث الرؤية والأطر النظرية، وبالعودة إلى مفهوم الصحة النفسية من وجهة نظر المدارس النفسية يتضح لنا هذا الاختلاف.

مظاهر الصحة النفسية : يميل معظم المهتمين بالصحة إلى الأخذ بالاتجاه الإيجابي القائل بأنها حالة إيجابية في التناسق الكائن بين الوظائف النفسية المختلفة وهي تؤدي عملها ضمن وحدة الشخصية وفيما يأتي عرض لأربعة أشكال من مظاهر الصحة النفسية.

1- الصحة النفسية كما تظهر في التناسق العام بين الوظائف النفسية, وتبني هذا الرأى هادفليد بقوله إن الصحة النفسية هي التعبير الكامل والحر عن كل طاقاتنا الموروثة والمكتسبة، وهي تعمل بتناسق فيما بينها في أتجاهها نحو هدف أو غاية للخصية من حيث كل. وهنا نلاحظ أن الصحة النفسية تكون في المظاهر الحرة، المعبرة عن طاقاتنا الموروثة والمكتسبة، وتكون في التناسق بين هذه الطاقات، وهي تعمل حرة في إطار وحدة الشخصية، فإذا طرأ على عمل هذه الطاقات ما يعطل أو يغير اتجاهها ويحرفه عن التعبير عن الشخصية بوصفها وحدة، فإن الاضطراب عندئذ هو الذي يجب أن نبحث عنه. ومن الواضح أن هذا الرأى ينطلق من مقارنه الصحة النفسية بصحة الجسد فصحة الجسد لا تكون إلا بقيام كل الأعضاء بوظائفها بشكل متكامل ومتناسق.

2- الصحة النفسية كما تظهر من خلال عدد من المعايير, فقد حدد عدد من الباحثين الصحة النفسية بمعايير أساسية نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر، المعايير التي حددها أولمان، والمعايير التي وضعها عبد السلام عبد الغفار. فقد ذكر أولمان أربعة محكات أساسية في تحديد مستوى الصحة النفسية للفرد وهي الانجاز في حدود طاقات الفرد وقدراته، والاتزان العاطفي وصلاحية الوظائف العقلية والتكيف الاجتماعي. وقد قدم عبدالسلام عبد الغفار في دراسة عربية توصل من خلالها إلى عدد من محكت الصحة النفسية، وهذه المحكات؛ الرضا عن النفس، والسمو والالتزام الوسطية وأخيرا العطاء.

3- الصحة النفسية كما تظهر في نقاط بين عدد من الدراسات التحليلية, حيث قامت دراسات في بيئات مختلفة كان من بين أهدافها معرفة مظاهر الصحة النفسية قد تركت بين هذه الدراسات وعدت نقاط الاتفاق مظاهر للصحة النفسية ويمكننا إيجاز هذه المظاهر في النقاط الاتية:

-المحافظة على شخصية متكاملة: وتتضمن التوازن بين القوى النفسية والنظرة الموحدة للحياة ومواجهة أشكال الضغط والشدة وتنمية جوانب الشخصية من جميع النواحي بحيث تستطيع اداء عملها بشكل متناسق ومتكامل.

-التوافق مع المتطلبات الاجتماعية: ونعني بها التناسق بين معايير الفرد ومعايير المجتمع، والقدرة على التكيف الإجتماعي، وذلك من غير أن يخسر الإنسان عنصر النماء والإبداع الذي يعد مظهرا من مظاهر الشخصية المتكاملة.

-التكيف مع شروط الواقع: ويشمل هذا الجانب قدرة الفرد على فهم الواقع وقبوله كما هو وعدم الهروب منه باتجاه أحلام اليقظة.

-المحافظة على الثبات: وتشمل عدم التردد المتكرر، والثبات فيما يتصل بالاتجاهات التي يتبناها الفرد ثباتا يسمح للملاحظ أن يتنبأ بما يحتمل ان يفعله.

-النمو مع العمر: ونعني به أن زيادة سنوات الفرد يجب أن يرافقها نمو في معارفه وخبراته وانفعالاته وعلاقاته وقدراته .

-المحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية: ونقصد به ذلك الاتزان الانفعالي وأن تكون حساسية الفرد متناسبة مع ما تستدعية الظروف التي تحيط به.

-المشاركة في حياة المجتمع وتطوره: ونعني بها تعاون مع غيره من أجل مجتمعه وضمن شروط طاقاته، وبذل جهده من أجل تحسين إنتاجه.

الصحة النفسية في التفاعل بين الفرد ومحيطه :

إن الإتجاه الإيجابي للصحة النفسية في مجال التفاعل بين الفرد ومحيطه يظهر نوعين من العلاقات التفاعلية، علاقة الإنسان مع نفسه وعلاقته مع العالم حول. وإذا أخذنا علاقة الفرد مع نفسه، فإننا نستطيع الوقوف عند ثلاثة مظاهر لهذه العلاقة؛ 1-فهم الفرد لنسفه، دوافعه ورغباته وتقديره لذاته وقبوله ما هو

عليه، فنحن أن العديد من الآلام والاضطرابات قد تأتي بسبب جهل الفرد بدوافعه ورغباته. 2-نموه وتطوره ونظرته إلى المستقبل، فإذا كان المظهر الأول يشير إلى الإنسان في فهمه لنفسه ودوافعه ، فإن المظهر الثاني يشير إلى ما يفعله الفرد من أجل مستقبلة ومن أجل تحقيق ذاته وتنميتها نموا متكاملا . 3-وحدة الشخصية وتماسكها تماسكا ينطوى على التغير المناسب من وجهة والثبات الكافي من جهة أخرى.....كما ان علاقات الفرد مع مع محيطه بكل ما ينطوي عليها هذا المحيط من ظروف إجتماعية وطبيعية.

1) تحكم الشخص بذاته في مواجهة الشروط المحيطة به، ونعني به قدرته على اتخاذ وتنفيذ قراراته المتصلة بمحيطة ضمن شروط وظروف محيطة.

2) إدراك الفرد للعالم كما هو مواجهته، فإدراك الفرد لواقعه ومواجهة ظروف الطارئة يساعد على التفاعل المثمر بين الفرد ومحيطة.

3) سيطرة الفرد على شروط محطية وتحكمه بها، وذلك بهدف زيادة سيطرته على المحيط واحداث تغيير فيه بحيث تأتي النتائج مناسبة لتكونية هو، كأن يعمل على تغيير الشروط المحيطة به لإبعاد ما فيها من خطر أو ضرر.

4) الشعور بالأمن والطمانينة والذي يتحقق نتجه لنجاح الفرد في علاقته مع نفسه ومع ما يحيط به. وعليه تنبثق مظاهر الصحة النفسية من خلال علاقة الفرد مع نفسه من ناحية، ومن علاقته مع ما يحيط به من ظواهر إجتماعية وطبيعية. بمعنى أن الصحة النفسية تظهر في قدرة الأنسان على التكيف مع الذات ومع المحيط ونجاحة تحقيق نوع من التوازن بين حاجاته وقدراته وشروط المحيط بشقية المادي والإجتماعي .

وخلاصة القول فأن مظاهر الصحة النفسية تتمثل في الآتي:

1) تكامل الذات.

2) توازن الذات.

3) العيش مع الآخرين والتواصل معهم والتكيف مع المحيط.

4) العمل والعطاء.

وحتى يتحقق تكامل الذات لابد من توفر الآتي:

- فهم الذات وتقبلها والرضا عنها.
- تنمية الذات من جميع جوانبها لتصبح أكثر قوة ونشاطا، وأكثر جمالا

وحنانا وقدرة على التطور نحو الأفضل باستمرار. ومن الأهمية بمكان القول انه لا يمكن تنمية الذات إلا بإشباع حاجاتها في الوقت المناسب، والمكان المناسب وفي حدود معايير وقيم المجتمع.

- توازن الذات ويتم ذلك عن طريق الشعور بالسلام الداخلية، والعيش في الحاضر، والإتجاه نحو الواقع والتسلح بالأمل والرجاء حتى في أشد لحظات الحزن والألم والتحرر من الخوف والقلق والخضوع والقدرة على ضبط النفس.

- العيش مع الآخرين والتواصل معهم والتكيف مع المحيط ويتم ذلك عن طريق فهم الآخرين وتقلبهم والشعور بهم والتفاعل المثمر معهم كما أن تنمية الذات وإثراء خبراتهم يسهم في التكيف مع المحيط الاجتماعي والمادي .

- العمل والعطاء ويكون ذلك عن طريق العمل بمهنة ملائمة لقدرات الشخص وميوله، كما يتم ذلك عن طريق العمل الإجتماعي إن أمكن والتضحية من أجل الآخرين وتحمل المسؤولية والشعور بالحرية. ومن الملاحظ أن هذه المظاهر مترابطة ويحدد بعضها بعضا، فمن لا يفهم ذاته لا يمكن أن يتقبلها أو أن يكون قادرا على تنميتها بالشكل المتاسب كما أنه لن يتمكن من فهم الآخرين أو تقبلهم او الشعور بهم وإغنائهم لأنه على قدر الوفرة في المنبع يكون الفيض والعطاء. ولكي يحقق الفرد الصحة النفسية لذاته ينبغي أن يبدأ بنفسه ويتوقع منها قبل أن يتوقع من الآخرين وإلا فلن يحصد إلا العزلة والشعور بالخواء الداخلي والفراغ والهامشية.

تطور الإهتمام بالصحة النفسية قديما وحديثا :

لقد حظيت صحة الإنسان باهتمام بالغ منذ فجر التاريخ إذ بينت الدراسات أن الرجل البدائي كان يعتقد دائما بوجود مخلوقات لا يراها لكنه يسمع أصواتها في عصف الرياح وحفيف أوراق الشجر، وفي صوت الرعد والأمطار، وفي خرير ماء الأنهار وكانت هذه المخلوقات غامضة بالنسبة له فأخذ يتطورها تتقمص الحيوان والبشر، وحسب بعضها خيرا والآخر شريرا. وكان من بين رجال القبائل من هم أقدر على الاتصال بتلك المخلوقات وتطويعها للخير أو الشر، فكانوا كهنة القبيلة وسحرها ولجأ إليهم الناس في الأزمات والمرض، فابتدع الكهنة بعض العقاقير التي كانت تشفى بعض الأمراض وكانوا الأطباء والمعالجين.

ومن الجدير بالذكر ان مدخل الحديث عن تطور الاهتمام بالصحة النفسية سيكون في ضوء الإهتمام بالسلوك الشاذ أو المرض النفسي وذلك بسبب اهتمام الباحثين في الصحة النفسية بالمرضى النفسيين أكثر من اهتمامهم بالأسوياء. وقد لاحظنا لدى استعراض مظاهر الصحة النفسية أن عددا من علماء النفس حاليا، يركز على دراسة السلوك السوي أكثر من السلوك الشاذ. إن ما وصل إليه علم الصحة النفسية اليوم من تطور وتقدم لم يأت إلا بعد كفاح مرير استمر قرونا طويلة، وتم عبر مراحل علمية وتاريخية عديدة يمكن استعراضها في الآتي:

أولا – تطور الإهتمام بالصحة النفسية قديما, ويتضمن حضارات مرحلة ما قبل العلمية، وهي المرحلة السابقة للقرن السابع عشر وتتغلغل عمقا إلى ما قبل الميلاد بقرون عديدة وقد كان ينظر إلى الاضطرابات النفسية باعتبار مصدرها في اتجاهين :

أ) الإتجاه الشيطاني في تفسير السلوك: إذ كان ينظر إلى المرضى النفسين نظرة خوف وكان يسود الاعتقاد بأن هؤلاء تلبسهم روح شريرة وكانوا يسمون بالملبوسين وكانوا يقيدون بالسلاسل ويوضعون في أماكن مرعبة ومظلمة ويعذبون بشدة إلى حد محاولة إحداث ثقوب في جماجمهم بهدف استخراج الأرواح الشريرة كما كانوا يحبسون داخل الأقفاص ويتركون دون رعاية ويعرضون على الناس بغرض التسلية بهم . وكانت الفكرة السائدة عند قدماء المصريين أن الأمراض تنشأ عن غضب الآلهة أو بسبب تقمص أرواح الموتى لجسد المريض وامتلاكه وأن هذه الأرواح بعد دخولها للجسم منها ما يصيب العظام ومنها ما يفتك بالأمعاء ومنها ما يشرب دم المريض أو يعيش على لحمه وقد يموت المريض وقد يكون في الاستطاعة طردها قبل أن تفتك به لذلك كان من أهم دعائم علاجهم الطلسم والسحر لطرد الأوراح الخطرة بالتعاويذ والرقي واستخدام العلاج لمداواة الأضرار الجسمية. وكان اليونانيون القدماء يرون أن المرض العقلي من عمل الشياطين الذين يتجسدون الناس، وقالوا أن هناك شياطين طيبة وأخرى شريرة في ضوء المرض الذي يصيب الفرد فالصرع على سبيل المثال كان يعتقد أن له معان صوفية لذلك سموه بالمرض المقدس، وكان المرضى به يعاملون باحترام وتضفى عليهم الحماية باسم الروح الطيبة التي توحدت معهم. أما المرض الذي كان يعتقد

أن سببه شيطان شرير فقد كان صاحبه يعيش في كبد وقسوة تمثلت في السجن الإنفرادي والتصفيد بالأغلال. وقد ظلت هذه المعاملة غير الإنسانية مستمرة في العصر الروماني، ثم في القرون الوسطى وحتى أواخر القرن الثامن عشر وفي المقابل ظهر أعلام عارضوا هذه المعاملة القاسية في العصرين اليوناني والروماني، ومنهم أبقراط وجالينوس. وكان العرب في الجاهلية يعتقدون في الجن ويخافونها قال تعالى(وَأَنَّهُ كَانَ رِجَالٌ مِنْ الإِنسِ يَعُوذُونَ بِرِجَالٍ مِنْ الْجِنِّ فَزَادُوهُمْ رَهَقاً)سورة الجن(6), وهذه الاستعاذة بغير اللـه, التي نعاها اللـه على أهل الجاهلية, من الشرك الأكبر، الذي لا يغفره اللـه إلا بالتوبة النصوح منه. وفي الآية تحذير شديد من اللجوء إلى السحرة والمشعوذين وأشباههم، وكان المجنون عندهم رجل صرعته جنية...أما المجنونة فهي أمرأة صرعها جني.. لكن التاريخ لم يذكر أن العرب حتى في العصر الجاهلي كانوا يعذبون مرضاهم بقسوة مثلما كان الحال لدى اليونانيين والرومانيين. ويعد سقوط الحضارة الرومانية ازدادت سيطرة الكهنوت ورجال الدين على أفكار الناس وعقولهم، وكان الاتجاه الشيطاني سائدا.

ب) الإتجاه الطبيعي في تفسير السلوك: ظهر التفسير الطبيعي له من خلال محاولة بعض المفكرين ارجاع هذا السلوك إلى عوامل جسمية طبيعية إذ أكد جالينوس اعتماد السلوك والحياة الانفعالية على الجسم، مؤيدا فكرة ابقراط في أن الاختلالات التي تطرأ على الجهاز العصبي تؤدي إلى معظم علل الإنسان وأمراضة والواقع ان هذا االاتجاه الطبيعي كان شمعة صغيرة في ليل شديد السواد. وفي الوقت الذيكان فيه أوروربا تغط في سبات عميق، وتعيش في ظلام دامس، كانت حضارة الإسلام تشرق بالأنوار وتبدد الظلمات بالإيمان، وتزرع الحب في النفوس، وتدعو إلى المودة والرحمة. فـالمسلم اخو المسلم لا يظلمه ولا يخذله ولا يحقره, كما قال الرسول محمد صلى اللـه عليه وسلم لذلك كان المرضى النفسيون يعاملون معاملة حسنة في ضوء تعاليم الدين الإسلامي. ولا شك أن معاملة العرب في عصور الإسلام المختلفة للمرضى النفسيين والعقليين كانت تختلف في كثير من الأوجه عن تلك التي كان يلقاها هؤلاء المرضي في الغرب إبان العصور الوسطى والقديمة ولعل ذلك يرجع إلى :

1- العقيدة الإسلامية بنهيها عن سوء المعاملة وقتل النفس, قال تعالى (وَلا

تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللـه إِلاَّ بِالْحَقِّ)سورة الاسراء (33). وقال تعالى:(قُلْ مَنْ رَبُّ السَّمَوَاتِ وَالأَرْضِ قُلْ اللـه قُلْ أَفَاتَّخَذْتُمْ مِنْ دُونِهِ أَوْلِيَاءَ لا يَمْلِكُونَ لأَنفُسِهِمْ نَفْعاً وَلا ضَرّاً قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الأَعْمَى وَالْبَصِيرُ أَمْ هَلْ تَسْتَوِي الظُّلُمَاتُ وَالنُّورُ أَمْ جَعَلُوا لِلَّهِ شُرَكَاءَ خَلَقُوا كَخَلْقِهِ فَتَشَابَهَ الْخَلْقُ عَلَيْهِمْ قُلْ اللـه خَالِقُ كُلِّ شَيْءٍ وَهُوَ الْوَاحِدُ الْقَهَّارُ) الرعد (16).

2- العقيدة الإسلامية بدعوتها إلى الرحمة " الراحمون يرحمهم الـرحمن ". قـال تعـالى (إِنَّ الَّـذِينَ آمَنُـوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ سَيَجْعَلُ لَهُمْ الرَّحْمَنُ وُدّاً) سورة مريم (96)....و اللـه سبحانه وتعالى لا يكلف نفسا الا وسعها, قال تعالى(لِيُنفِقْ ذُو سَعَةٍ مِنْ سَعَتِهِ وَمَنْ قُدِرَ عَلَيْهِ رِزْقُهُ فَلْيُنفِقْ مِمَّا آتَاهُ اللــه لا يُكَلِّـفُ اللــه نَفْسـاً إِلاَّ مَـا آتَاهَـا سَيَجْعَلُ اللـه بَعْدَ عُسْرٍ يُسْر)سورة الطلاق(7). والاسلام يؤكد على مفهوم التغيير الذي يؤدي الى الافضل, ويؤدي الى الصحة النفسية. قال تعالى: (إِنَّ اللـه لا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنفُسِهِمْ وَإِذَا أَرَادَ اللـه بِقَـوْمٍ سُـوءاً فَلا مَرَدَّ لَهُ وَمَا لَهُمْ مِنْ دُونِهِ مِنْ وَالٍ) سورة **الرعد**(11).

وقد ركز الاسلام على الشخصية السوية والتي تمتاز بحسن الخلق, ومن علامات حسن الخلـق: هـو أن يكون الفرد كثير الحياء قليل الأذى كثير الصلاح صدوق اللسان، قليل الكلام كثير العمل، قليل الزلل قليـل الفضول، براً وصولاً وقوراً صبوراً شكوراً رضياً حكيماً رفيقـاً عفيفـاً شـفيقاً، لا لعانـاً ولا سـباباً ولا نمامـاً ولا مغتاباً ولا عجولاً ولا حقوداً ولا بخيلاً ولا حسوداً، بشاشاً هشاشاً يحب في اللـه ويبغض في اللــه ويـرضى في اللـه ويغضب في اللـه فهذا هو حسن الخلق.

3- تأثر أطباء العرب برواد اليونان في الطب مثل أبقراط وجالينوس كما يبدو ذلك واضحا في فلسفة أبن سينا.

4- اهتمام الخلفاء المسلمين والحكام العرب بإقامة المستشفيات، فتاريخ البيمارستانان(دور المرضى) في العالم العربي والإسلامي يعطي صورة مشرفة للمعاملة التي كان يعامل بها المرضى في تلك العصور وكان أول بيمارستان انشئ في العالم الإسلامي ذلك الذي أنشأة الوليد بن عبدالملك الأموي عام 88هـ(707م) ثم أنشأ بعده المنصور العباسي دارا للعجزة والأيتام وأخرى لمعالجة الجنون. وتلى ذلك إنشاء عدد كبير من دور المرضى على أيدي حكام الأيوبيين والفاطميين.

ولكن يجب أن لا نغفل هنا ان كثيرا من عامة الناس كانوا يعتقدون في الجن والشياطين، وكان حظ كثير من المجانين الارتفاع في مصاف الأولياء والمباركين وحظ آخرين السخرية والاحتقار، ولا زالت بعض هذه الرواسب موجودة حتى وقتنا هذا.

تطور الإهتمام بالصحة النفسية حديثا:

في عصر النهضة ظل المرضى بأمراض عقلية يعانون الاضطهاد والقسوة ومطاردة محاكم التفتيش. وكان هناك من شذوا عن الفكر السائد وسخروا من فكرة تملك الشيطان للبشر، إلا أنهم لاقوا العذاب لسخريتهم هذه, ويمكننا تتبع الاهتمام بالصحة النفسية في القرون الحديثة عن طريق استعراض المراحل الآتية:

1- مرحلة الاصلاح والتنوير .
2- مرحلة الاكتشافات العلمية والطبية .
3- مرحلة حركة الرعاية الصحية والعقلية .
4- مرحلة علم الصحة النفسية .

1- مرحلة الاصلاح والتنوير...في العقد الأخير من القرن الثامن عشر، وجدت مرحلة جديدة في معاملة مرضى العقول، وذلك في كل من انجلترا وفرنسا. ففي باريس حاول رئيس الأطباء في مستشفى عام 1793م استخدام العلاج المعنوي وذلك بإضهار المعاملة الطيبة للمرضى بدلا من معاملتهم كمجرمين أو حيوانات وحصل على إذن من حكومة الثورة الفرنسية لتخليص المرضى من السللاسل التي يقيدون بها، وقد اكتشف أنه عندما أزال هذه السلاسل وسمح للمرضى بحرية التجوال في المستشفى أصبحوا أكثر طواعية، وأدى ذلك إلى شفاء بعضهم وفي الوقت نفسه، حدث ما يشبه ذلك في انجتلرا. ويمكن القول بان هذه المرحلة انتقال حقيقي من الاتجاه الشيطاني إلى الاتجاه الطبيعي في تفسير السلوك الغريب او المريض.

2- مرحلة الاكتشافات العلمية والطبية...أدت الاكتشافات الطبية في أواخر القرن التاسع عشر إلى تحول في رعاية المرضى من مجرد العطف إلى العلاج والشفاء، فقد تقدم علم الأعصاب وعلم النفس وصححا كثيرا من المفاهيم الخاطئة حول والمرضى وقد تميزت هذه الفترة بظهور أربعة إتجاهات:

أ- الاتجاه العضوية: وهو الذي يرد المرض إلى عوامل نفسية.

ج- الإتجاه النفسي الداخلي: وهو الذي يرجع الاضطرابات النفسية إلى أعماق الشخصية وصراعاتها.

د- الإتجاه السلوكي: وهو الذي يرجع السلوك المريض إلى التعلم بوصفه عادات سلوكية غير توافقية متعلمة نتيجة مثيرات خارجية وقد كان لبافلوف فضل الريادة في هذا الإتجاه الذي أصبح مدرسة قائمة بذاتها في علاج الأمراض النفسية نتيجة لجهود واطسون ودولارد وميلر في منتصف القرن العشرين. وهكذا افسحت الاكتشافات في علمي الطب والنفس المجال لتفهم الكيفية التي تتفاعل بها الجوانب البيولوجية والسيكولوجية لدى الإنسان.

3- مرحلة حركة الرعاية الصحية والعقلية....شارك أفراد عديدون خلال القرن العشرين في إقامة دعائم رعاية الصحة النفسية للأفراد، فقد دعا فارلي في فرنسا إلى إنشاء عدد من الجمعيات بهدف إعادة التكيف الإجتماعي للجانحين والمجرمين وتشير بعض المراجع أن فلندا شهدت إنشاء مؤسسة لرعاية الصحة النفسية عام 1897 وتعطي بعض المصادر أهمية كبيرة لـ " كليفورد مستشفيات الأمراض العقلية لفترة تزيد عن السنتين وحين شفى من مرضه عكف على تأليف كتاب " العقل الذي وجد نفسه " وذلك في عام 1908 إذ تعرض فيه إلى المعاملة غير الأنسانية التي يتلقاها المرضى النفسيون في المستشفيات وتمكن بمعاونة صديق له يدعى أدولف ماير من تأسيس جمعية للصحة النفسية وكانت غاية بيرز في مجال الصحة النفسية تحقيق عدة اهداف كالوقاية من المشاكل العقلية وتحسين الرعاية العقلية ، وتطبيق فلسفة الصحة العامة في مجال الطب النفسي وقد أدت مجهودات هذه الجمعية إلى ارساء قواعد الكثير من عيادات التوجيه والإرشاد .

6- مرحلة علم الصحة النفسية ...تبين من أن سلوك المريض قد لا يتعلق بالعوامل الوراثية فحسب بل إنه يرتبط بخبرات الطفولة والتعلم وبالحياة الأسرية والاجتماعية وكان لا بد من تجاوز معرفة أسباب هذه الأمراض وتطورها إلى تفهم الدور الإيجابي لهذه العوامل في مساعدتها للفرد في توظيف قدراته وتحقيق سعادته وقد أدت المعرفة الموضوعية في هذا المجال إلى قيام علم النفسية الذي يعرف بانه " الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق

النفسي ما يؤدي إليها وما يحققها وما يعيقها وما يحدث من مشكلات واضطرابات وامراض نفسية ودراسة اسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها .

خلاصة:

إن الاهتمام الحديث بالصحة النفسية يظهر في الجوانب الآتية؛ أ- دراسة عوامل الاضطرابات النفسية والعقلية. ب- الدعوة إلى تحسين شروط النمو والمعيشة في عدد من ميادين الحياة والعمل مثل الاهتمام بالشروط المناسبة في حياة الاسرة والشروط الصحية للعمل والترفيه. ج – زيادة الدعوة إلى التوجيه المهني واستخدام وسائل القياس النفسي بهدف ابعاد الإفراد عن عمل لا يناسب قدراتهم، لن ذلك يقيم من الوقوع في الاضطراب. د- التأكيد على رعاية الأطفال

هـ - إنشاء العيادات النفسية.

إن إنتشار الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية بعد الحرب العالمية وظهور الحركات الاجتماعية والأنسانية التي تؤكد على حقوق الإنسان في الحرية والأمان ، كان من الأسباب القوية التي ادت إلى الإهتمام بالصحة النفسية والتأكد عليها لأهميتها القصوى في تحقيق حياة كريمة للفرد، وفي تنمية المجتمع وازدهاره.

وتعد الصحة النفسية مهمة جدا للفرد لأنها تميزه بالخصائص الهامة له مثل؛ فهم الذات ونعني بها القدرة على معرفة الذات جاجاتها وأهدافها. ووحدة الشخصية ومن علاماتها الأداء الوظيفي الكامل المتناسق للشخصية جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا والتمتع بالنمو والصحة . والتوافق ونعني به التوافق الشخصي والتوافق الإجتماعي, والشعور بالسعادة مع النفس ودلائله الإحساس بالراحة والأمن والطمأنينة والثقة ووجود اتجاه متسامح مع الذات واحترامها وتقلبها ونمو مفهوم إيجابي نحوها وتقديرها حق قدرها . والشعور بالسعادة مع الآخرين ودلائل ذلك حب الآخرين والثقة بهم واحترامهم والقدرة على إقامة علاقات إجتماعية والأنتماء للجماعة والقيام بالدور الاجتماعي المناسب والقدرة على التضحية والسعادة الأسرية والتعاون وتحمل المسؤولية الإجتماعية . والقدرة على مواجهة مطالب الحياة ودلائل ذلك النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشاكلها اليومية والعيش في الحاضر والواقع والمرونة والإيجابية

وتحمل الصعوبات والمسؤوليات الاجتماعية وتحمل مسؤولية السلوك الشخصي والسيطرة على الظروف البيئة كلما أمكن والتوافق معها. والسلوك العادي المقبول ودلائل ذلك السلوك المعتدل المألوف الغالب على حياة غالبية الناس والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسي. والعيش في سلامة وسلام ودلائل ذلك التمتع بالصحة النفسية والجسمية والاجتماية والسلم الداخيل والخارجي والأقبال على الحياة والتمتع بها والتخطيط للمستقبل بثقة وأمان. ومن الواضح ان أهمية الصحة النفسية للفرد تنبع من قدرتها على إظهار الفرد إنسانا متماسكا واعيا ناميا معطاء، بعيدا عن التناقضات الغربية والصراعات والتوتر وبلاشك فإن الفرد المتمتع بالصحة النفسية ينظر للحياة بثقة وأمان وايمان ويعيش حاضرة تذهب حياته هباء وبالتالي لا يمكن ان يشعر بالسعادة.

والصحة النفسية مهمة للمجتمع بمؤسساته المختلفة الأسرة والمدرسة .. الخ وهي ضرورية لجميع افراد الأسرة أذ تؤدي صحة الأبوين النفسية إلى تمساك الأسرة مما يساعد على خلق جو ملائم لنمو شخصية الطفل المتماسكة, كما أن العلاقات السوية بين مختلف افراد الأسرة تؤدي إلى نموهم النفسي السليم. هذا من ناحية ومن ناحيةأخرى تعد الصحة النفسية ضرورية للمدرسة ذلك ان العلاقات السوية بين الإدراة والمدرسين وبين المدرسين أنفسهم تؤدي إلى نموهم النفسي السليم كما أن العلاقات الإجتماعية في المدرسة بشكل عام تؤثر على الصحة النفسية للتلميذ فالعلاقات الجيدة بين المدرس والتلميذ تؤدي إلى النمو التربوي والنفسي السليم له والعلاقة الجيدة بينالمدرسة والبيت تساعد علىرعاية النمو النفسي للتلميذ. وفي الواقع يجب الالتفات أيضا لأهمية الصحة النفسية في مجال الصناعة والتجارة والزراعة وفي كل قطاع من قطاعات المجتمع ذلك أن الصحة النفسية ضرورية جدا للعاملين لأنها تساعدهم على تحقيق التنمية الاجتماعية والأقتصادية. وإن من أهم أهداف الصحة النفسية كما سبق وأن تبين بناء الشخصية المتكاملة وبناء الأسان الصحيح نفسيا في جميع مؤسسات المجتمع، ليقبل على تحمل المسؤوليى الإجتماعية ويعطي بقدر ما يأخذ بل وأكثر مستغلا طاقاته إلى أقصى حد ممكن ولكي يتحقق هذا يجب تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي وتقبل الواقع وتكوين قيم واتجاهات إيجابية. والصحة النفسية مهمة للمجتمع لأنها تهتم بدراسة وعلاجة المشكلات الاجتماعية التي تؤثر على نمو شخصية الفرد وعلى المجتمع الذي يعيش فيه ومن هذه المشكلات

الضعف العقلي والتأخر الدراسي . كما أن الصحة النفسية مهمه للمجتمع لأنها تساعد على ضبط سلوك الفرد وتقومه لكي يحقق التوافق النفسي ويكون مواطنا صالحا في المجتمع. والمجتمع الذي يعاني من التمزق وعدم التكامل بين مؤسساته هو مجتمع مريض, والمجتمع الذي تسوده عوامل الهدم والإحباط والصراع والتعقيد والمشكلات الأسرية والتربوية ويسوده الجهل والتعصب هو ايضا مجتمع مريض. والمجتمع الذي يعاني من إستمرار في تدهور نظام القيم السليمة وتحل به الكوارث الإجتماعية، هو مجتمع مريض أيضا. لذلك يجب أن يواجه هذا المجتمع مشكلاته النفسية والصعوبات الإجتماعية والأقتصادية المسببة لها بجهود جبارة وعزائم قوية للقضاء على كل الصعوبات التي تسبب اضطرابه وتأخره. وعليه نستنتج أهيمة النفسية للمجتمع وقدرتها على تحقيق التكامل والنماء والسعادة لأفراده.

المرض النفسي :

هو اضطراب وظيفي في الشخصية, نفسي المنشأ, يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة ويؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي ويعوق ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه . والمرض النفسي أنواع ودرجات فقد يكون خفيفاً يضفي بعض الغرابة على شخصية المريض وسلوكه. وقد يكون شديداً حتى أنه قد يدفع المريض إلى القتل أو الانتحار. وتتباين أعرض المرض النفسي تبايناً كبيراً من المبالغة في الأناقة إلى الانفصال عن الواقع والعيش في عالم الخيال .ويتوقف علاج المرض النفسي على نوعه ومداه وحدته .

هناك فرق بين المرض النفسي والسلوك المرضي :

السلوك المرضي : سلوك عابر يلونه الاضطراب الذي يشاهد كأحد أعراض المرض النفسي . فقد نشاهد السلوك الهستيري لدى شخص سوي , وقد نشاهد السلوك الهوسي لدى شخص عادي , وهذا يختلف عن الشخص المريض بالهستيريا أو الفرد المريض بالهوس . والصحة النفسية والمرض النفسي مفهومان لا يفهم أحدهما إلا بالرجوع إلى الآخر . والاختلاف بين الصحة النفسية والمرض النفسي مجرد اختلاف في الدرجة وليس في النوع .

السوية : هي القدرة على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهداف وفلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها .

السلوك السوي : هو السلوك العادي أي المألوف والغالب على حياة غالبية

الناس. والشخص السوي :هو الشخص الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون سعيداً ومتوافقاً شخصياً وانفعالياً واجتماعياً .

اللاسوية : هي الانحراف عما هو عادي والشذوذ عما هو سوي واللاسوية : حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع تتطلب التدخل لحماية الفرد وحماية المجتمع منه . والشخص اللاسوي :هو الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه ويكون غير سعيد وغير متوافق شخصياً وانفعالياً واجتماعياً .

معايير السوية واللاسوية :

المعيار الذاتي : حيث يتخذ الفرد من ذاته إطاراً مرجعياً يرجع إليه في الحكم على السلوك بالسوية واللاسوية .

المعيار الاجتماعي : حيث يتخذ من مسايرة المعايير الاجتماعية أساساً للحكم على السلوك بالسوية أو اللاسوية , فالسوي هو المتوافق اجتماعياً واللاسوي هو غير المتوافق اجتماعياً .

المعيار الإحصائي : حيث يتخذ المتوسط أو المنوال أو الشائع معياراً يمثل السوية وتكون اللاسوية هي الانحراف عن هذا المتوسط بالزائد أو الناقص .

المعيار المثالي : حيث يعتبر السوية هي المثالية أو الكمال أو ما يقرب منه , واللاسوية هي الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال .

السوية واللاسوية مفهومان لا يفهم أحدهما الآخر إلا بالرجوع إلى الآخر , والفرق في الدرجة .

السوية واللاسوية مفهومان نسبيان في مراحل العمر المختلفة وفي الأزمنة المختلفة وفي الثقافات المختلفة .

مناهج الصحة النفسية :

المنهج الإنمائي: وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية . ويتحقق ذلك عن طريق دراسة الإمكانات والقدرات وتوجيهها التوجيه السليم , ومن خلال رعاية مظاهر النمو جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً . و**المنهج الوقائي** : يتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية . ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل

اهتمامه بالمرضى ليقيهم من أسـباب الأمـراض النفسـية بتعـريفهم بهـا وإزالتهـا أولاً بـأول . وللمـنهج الوقائي ثلاث مستويات : هي محاولة منع حـدوث المـرض . ومحاولـة تشخيصـه في مرحلتـه الأولى بقـدر الإمكان . ومحاولة تقليل أثر إعاقته وإزمان المرض . ويطلق البعض على المنهج الوقائي التحصين النفسي . و**المنهج العلاجي** : ويتضمن عـلاج المشـكلات والاضـطرابات والأمـراض النفسـية حتـى العـودة إلى حالـة التوافق والصحة النفسية . ويهـتم بأسـباب المـرض النفسيـ وأعراضـه وتشخيصـه وطـرق علاجـه وتـوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية . **وخلاصة ذلك حول مناهج أساسية في الصحة النفسية :**

1- **المنهج الانمائي:** وهو منهج إنشائي يتضمن زيادة السعادة والتوافق لدى الأسوياء ويتحقق من خلال دراسة امكانيات الأفراد وتوجيهها، ورعاية مظاهر النمو عندهم.

2- **المنهج الوقائي:** ويتضمن الوقاية من الوقوع ي المشكلات والأمراض المفسية ويهتم بالأسوياءقبل اهتمامه بالمرضى ، ليقيهم من أسباب المرض النفسي بتعريفهم لها وإزالتها.

3- **المنهج العلاجي:** ويتضمن علاج المشكلات والأمراض النفسية حتى العودة على التوافق النفسي والصحة النفسية. وتنحصر اهتمامات الصحة النفسية في العوامل النفسية والبيئية، لا بالعوامل العضوية والفسيولوجية التي يهتم بها علم آخر وثيق الصلة بعلم الصحة النفسية هو الطب النفسي.

خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

تمتاز الشخصية المتوافقة بالتوافق والشعور بالسعادة مع النفس, والشعور بالسعادة مع الآخـرين . , تحقيق الذات واستغلال القدرات . والقدرة عـلى مواجهـة مطالـب الحيـاة . التكامـل النفسيـ , السـلوك العادي , وحسن الخلق و العيش في سلامة وسلام .

الصحة النفسية في الأسرة :

تعتبر الأسرة أهم عوامل التنشئة الاجتماعية . ودور الأسرة في عملية التنشـئة الاجتماعيـة للطفـل وأثـر ذلك في سلوكه وأوضحت البحوث ما يلي:

- المجتمع الواحد يوجد فيه فروق في التنشئة الاجتماعية بـين الطبقـة والطبقـة وبـين أسرة وأسرة والطبقة الاجتماعية الدنيا أكثر تسامحاً في عملية التنشئة الاجتماعية .

- نظام التغذية الذي تتبعه الأم مع الطفل في مرحلة الرضاعة يؤثر في حركة ونشاط الطفل , ويجب إتاحة الفرصة الكافية للامتصاص في فترة الرضاعة وتنظيم مواعيد الرضاعة وعدم القسوة في الفطام , والفطام المتدرج , والفطام في الوقت المناسب .
- أسلوب ضبط الإخراج في الطفولة يرتبط في الطفولة بالبخل والحرص والترتيب والنظام في الكبر ويجب اعتدال الوالدين في التدريب على الإخراج .
- كلما كانت عملية التنشئة الاجتماعية للطفل سليمة وكلما قل نبذ الوالدين له وكلما كانت اتجاهاتهم متعاطفة وكلما قل الإحباط في المنزل قل الدافع إلى العدوان عند الطفل , وللتنشئة الاجتماعية أثر في الميل إلى العدوان وضبطه عند الأفراد .
- الحماية الزائدة من جانب الوالدين لأطفالهم والتزمت والتشدد في نظام الرضاعة والفطام تؤدي إلى الاعتماد على الغير والاتكالية , وتربية الأطفال في المؤسسات تجعلهم أكثر بلادة وأكثر عزوفاً عن التفاعل الاجتماعي وأكثر اتكالية وأكثر حاجة إلى انتباه الآخرين ومودتهم .
- المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط والأعلى والاستقرار الاقتصادي أفضل بالنسبة للصحة النفسية للطفل .
- إرشاد الأزواج قبل الزواج وأثناءه عملية ضرورية وواجبة ضماناً للصحة النفسية لهما وللأسرة بأسرها .

تؤثر العلاقات بين الوالدين على صحة الطفل النفسية على النحو التالي :

تؤدي السعادة الزوجية إلى تماسك الأسرة بما يخلق مناخاً يساعد على نمو الطفل إلى شخصية متكاملة ومتزنة . كما ان الوفاق والعلاقات السوية بين الوالدين تؤدي إلى إشباع حاجة الطفل إلى الأمن النفسي وإلى توافقه النفسي, وتؤدي الاتجاهات الانفعالية السوية واتجاهات الوالدين الموجبة نحو الحياة الزوجية ونحو الوالدية إلى استقرار الأسرة والصحة النفسية لكافة أفرادها, وتؤدي التعاسة الزواجية إلى تفكك الأسرة مما يخلق مناخاً يؤدي إلى نمو الطفل نمواً نفسياً غير سوي . كما تعكر الخلافات بين الوالدين صفاء جو الأسرة مما يؤدي إلى أنماط السلوك المضطرب كالغيرة والأنانية والشجار وعدم الاتزان الانفعالي, والمشكلات النفسية للزوجين والسلوك الشاذ الذي قد يقومان به يهدد استقرار المناخ الأسري والصحة النفسية لكافة أفرادها.

تؤثر العلاقات بين الوالدين والطفل على صحته النفسية على النحو التالي:

تساعد العلاقات والاتجاهات المشبعة بالحب والقبول والثقة الطفل في أن ينمو إلى شخص يحب غيره ويتقبل الآخرين ويثق فيهم . في حين العلاقات السيئة والاتجاهات السالبة والظروف غير المناسبة تؤثر تأثيراً سيئاً على النمو النفسي وعلى الصحة النفسية **للطفل . وتؤثر العلاقات بين الأخوة** على الصحة النفسية على النحو التالي:

ان العلاقات المنسجمة بين الأخوة الخالية من تفضيل طفل على طفل المشبعة بالتعاون الخالية من التنافس تؤدي إلى النمو النفسي السليم . هذا ويجب أن يعمل الوالدان حساب سيكولوجية الطفل الوحيد والطفل الأكبر . ويجب العمل على تدعيم العلاقات الأسرية حتى يتحقق أثرها النافع على صحة الطفل النفسية . **ويجب أن يتسم المناخ الأسري الذي يساعد على النمو النفسي السوي والصحة النفسية بما يلي:**

- إشباع الحاجات النفسية وخاصة الحاجة إلى الانتماء والأمن والحب والأهمية والقبول والاستقرار .
- تنمية القدرات عن طريق اللعب والخبرات البناءة والممارسة الموجهة .
- تعليم التفاعل الاجتماعي واحترام حقوق والآخرين والتعاون والإيثار .
- تعليم التوافق النفسي الشخصي والاجتماعي .
- تكوين الاتجاهات السليمة نحو الوالدين والأخوة والآخرين .
- تكوين العادات السليمة الخاصة بالتغذية والكلام والنوم .
- تكوين الأفكار والمعتقدات السليمة .
- أنظر جدول للظروف غير المناسبة في الأسرة .
- مسئوليات المدرسة بالنسبة للنمو النفسي والصحة النفسية :
- تقديم الرعاية النفسية إلى كل طفل ومساعدته في حل مشكلاته والانتقال به من طفل يعتمد على غيره إلى طفل يعتمد على نفسه .
- تعليمه كيف يحقق أهدافه بطريقة ملائمة تتفق مع المعايير الاجتماعية مما يحقق توافقه الاجتماعي .
- مراعاة قدراته في كل ما يتعلق بالتربية والتعليم .
- الاهتمام بالتوجيه والإرشاد النفس للتلميذ .

- الاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية في تعاون مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى .
- مراعاة كل ما من شأنه ضمان نمو الطفل نمواً نفسياً سليماً .

الأساليب النفسية المستخدمة في المدرسة : دعم القيم الاجتماعية عن طريق المناهج , توجيه النشاط المدرسي , تعليم الأدوار والمعايير الاجتماعية والقيم , والثواب والعقاب . تقديم نماذج صالحة للسلوك السوي .

تؤثر العلاقات الاجتماعية في المدرسة على الصحة النفسية للتلميذ والتوافق المدرسي على النحو التالي :

العلاقات بين المعلم والتلاميذ التي تقوم على أساس من الديمقراطية والتوجيه والإرشاد السليم تؤدي إلى حسن العلاقة بين المعلم والتلاميذ وإلى النمو التربوي النفسي السليم . والعلاقات بين التلاميذ بعضهم وبعض التي تقوم على أساس التعاون والفهم المتبادل تؤدي إلى الصحة النفسية . والعلاقات بين المدرسة والأسرة التي تكون دائمة الاتصال تلعب دوراً هاماً في إحداث عملية التكامل بين الأسرة والمدرسة في عملية رعاية النمو النفسي للتلاميذ . والتربية عملية حياة يتعلم فيها الفرد الحياة عن طريق نشاطه هو وبتوجيه المربي .

دور المدرس في العملية التربوية في رعاية النمو النفسي:

يلعب المدرس دوراً هاماً في عملية التربية في رعاية النمو النفسي وتحقيق الصحة النفسية للتلميذ .والمدرس ليس ناقل معلومات ومعارف فقط ولنكه أيضاً معلم مهارات التوافق , ومشخص مظاهر وأعراض أي اضطراب سلوكي , ومصحح ومعالج لهذا الاضطراب . ويجب أن يتمتع المربون أنفسهم بالصحة النفسية .

هذا يجب حل مشكلات المدرسين وسوء توافقهم الشخصي والاجتماعي . وتتأثر الصحة النفسية للتلاميذ بشخصية المربي الذي يجب أن يكون قدوة صالحة . وكلما كانت العلاقة سوية بين المربين والأولاد وبين الأولاد بعضهم وبعض وبين المدرسة والأسرة كلما ساعد ذلك على حسن توافقهم النفسي وشعورهم بالأمن مما يؤدي إلى النجاح والتوفيق . وعلى المدرس أن يعمل كمربي يعلم ويوجه ويعالج . ومفهوم المدرس – المرشد من أهم المفاهيم التي يجب أن نضعها في الحسبان في إعداد المعلم . والتربية تشترك في كثير من أهدافها مع الصحة النفسية .

الصحة النفسية في المجتمع :

●يجب تطبيق اتجاهات الصحة النفسية في المجتمع .

●من أهم أهداف الصحة النفسية بناء الشخصية المتكاملة وإعداد الإنسان الصحيح نفسياً في أي قطاع من قطاعات المجتمع وأياً كان دوره الاجتماعي .

●الصحة النفسية تهتم بدراسة وعلاج المشكلات الاجتماعية الوثيقة الصلة بتكوين ونمو شخصية الفـرد والعوامل المحددة لها , مثل مشكلات الضعف العقلي .

●يحتاج التخطيط للصحة النفسية للشعب إلى إجراءات هامة منها :

●تهيئة بيئة اجتماعية صديقة آمنة تسودها العلاقات الاجتماعية السليمة , وإقامة العدالة الاجتماعية , وإقامة حياة ديمقراطية سليمة , بهدف تغيير المجتمع إلى الأفضل .

●الاهتمام بدراسة الفرد والمجتمع , ورعاية الطفولة صانعة المسـتقبل ورعايـة الشـباب عصـب الأمـة , ورعاية الكبار وحماية الأسرة الخلية الأولى للمجتمع .

●إصدار التشريعات الخاصة بالفحص الطبي والنفسي قبل الزواج ,وإرشاد الأزواج والتشريعات الخاصة بالحد من انتشار المخدرات وحماية الأحداث وحماية الأسرة .

●مراجعة ورعاية القيم والعادات والتقاليد والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية والطاقات الروحية التي يستمدها المجتمع من مثله العليا النابعة من الأديان السماوية ومن تراثـه الحضـاري بمـا يحقـق الصـحة النفسية .

●رفع مستوى الوعي النفسي بين من تتصل أعمالهم بالجمهور وخاصة في الهيئات والمؤسسات العامة .

●التعبئة النفسية للشعب لتخطي ما مر به من ضغوط وللتغلب على مـا يعـاني منـه أو مـا قـد يطـرأ عليه من ضغوط . والاهتمام بالتوجيه والإرشاد النفسي, والاهتمام بمفهوم الوقاية من الأمراض النفسية .

أهم الإجراءات الوقائية الاجتماعية :

- نشر مبادئ الصحة النفسية عن طريق وسائل الإعلام المختلفة .
- رفع مستوى المعيشة والتقريب بقدر الإمكان بين مختلف طبقات الشعب فيما يتعلق بالمستوى الاجتماعي – الاقتصادي وفيما يتعلق بالمعايير السلوكية .

- تيسير سائر الخدمات الاجتماعية بالتوسع في إنشاء مراكز الخدمة الاجتماعية ومراكز توجيه الأسرة .
- الاهتمام بالتخطيط السكاني ووسائل المواصلات .
- إجراء المزيد من البحوث العلمية حول الاضطرابات النفسية الاجتماعية والأسباب الاجتماعية للسلوك المنحرف .
- الاهتمام بعوامل الضبط الاجتماعي اللازم مع التغير الاجتماعي المستمر الذي يشهده المجتمع .
- كذلك يجب الالتفات إلى أهمية الصحة النفسية في مجالات الحياة الاجتماعية والصناعة ....

فريق العمل في ميدان الصحة النفسية :

المعالج النفسي: يتخرج من قسم علم النفس ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي , ويجب أن يزود بالقدر الكافي من المعلومات الطبية في العلاج النفسي, ويحصل على درجة عليا في تخصص الصحة النفسية والعلاج النفسي .

الأخصائي النفسي : يتخرج من أحد أقسام علم النفس , ويختص بالقياس النفسي وإجراء الاختبارات ودراسة سلوك العميل واتجاهه العام ومساعدة المعالج النفسي ..

الطبيب النفسي : يتخرج من كلية الطب ثم يدرس علم النفس والأمراض النفسية وقد يتخصص بالأمراض النفسية والعصبية , ويهتم أكثر من غيره بالتشخيص الطبي النفسي وبالعلاج الجسمي والعلاج بالأدوية وعلاج الجرحى .

الأخصائي الاجتماعي النفسي : يتخرج من أحد أقسام أو معاهد الخدمة الاجتماعية, ويؤهل تأهيلاً خاصاً في علم النفس, ويختص بإجراء المقابلة الأولى مع المريض وأسرته ومحل عمله والمؤسسات الاجتماعية المختلفة وبالبحث الاجتماعي وينظم معظم أوجه نشاط العيادة النفسية, وقد يساهم في العلاج النفسي .

المساعدون النفسيون : يتخرجون من معاهد التمريض, ويدرسون ويتدربون على التمريض النفسي ويلعبون دوراً هاماً في العلاج النفسي حيث يقضون أكبر وقت مع المريض, ويختصون بتسجيل السلوك اليومي وسير العلاج وتقدمه والمشاركة في بعض أشكال العلاج مثل العلاج بالصدمات والعلاج النفسي الجماعي وتهيئة المناخ المواتي للصحة النفسية والشفاء . وبالإضافة إلى هؤلاء نجد

المربين والوالدين وعلماء الدين وغيرهم .

اختبارات ومقاييس الصحة النفسية والتوافق النفسي :

- مقياس الصحة النفسية : اقتباس وإعداد محمد عماد الدين إسماعيل . يقيس الخوف, وعدم التكافؤ والاكتئاب, والعصبية والقلق, والتنفس والدورة الدموية والارتعاش والسيكوسوماتية والخوف على الصحة, والاضطرابات الحشوية, والحساسية والشك, والسلوك السيكوباتي .
- مقياس الإرشاد النفسي : وضع بيردي . يقيس العلاقات المنزلية, والاجتماعية, والثبات الانفعالي, والشعور بالمسئولية, والواقعية, والحالة المزاجية, والقيادة, ويصلح للمرحلة الثانوية .
- مقياس حدد مشكلتك بنفسك " إعدادي : " تأليف روس موني . يقيس المشكلات الصحية والمدرسية والعائلية والاقتصادية والانفعالية, يصلح للمرحلة الإعدادية .
- مقياس حدد مشكلتك بنفسك " ثانوي : " تأليف روس موني . يقيس الصحة , والناحية الاقتصادية , ومشكلات الفراغ , والجنس الآخر , والتوافق الاجتماعي, والمشكلات الانفعالية, والدين , ومشكلات الأسرة, والتوجيه التربوي والمهني والعمل المدرسي, والمنهج والدراسة, يصلح للثانوي .
- استفتاء مشاكل الشباب : إعداد أحمد زكي صالح . مشكلات الشباب في المنزل والأسرة وبعد المدرسة الثانوية , ورضا الفرد عن نفسه والتعامل مع الناس ,والأمور الجنسية , والصحة , والأمور العامة , ويناسب مرحلة الشباب , ويستغرق حوالي 30 – 40 دقيقة .
- مفهوم الذات للصغار : تأليف محمد عماد الدين إسماعيل . يقيس مفهوم الذات الواقعية , والذات المثالية , ومفهوم الشخص العادي , والتباعد , وتقبل الذات , وتقبل الآخرين . يصلح للأطفال .
- مفهوم الذات للكبار : تأليف محمد عماد الدين إسماعيل . يقيس نفس المفاهيم السابقة . ويصلح للكبار .
- التوافق الشخصي والاجتماعي : إعداد عطية هنا . يقيس التوافق الشخصي والاجتماعي .
- مقياس الشخصية المتعدد الوجه : تأليف ستارك هاثاواي . يقيس توهم المرض, والانقباض, والهستيريا , والانحراف السيكوباتي , والذكورة – والأنوثة ,

والهذاء والبارانويا والسيكاسشينيا , والفصام , والهوس , والانطواء الاجتماعي . يناسب الكبار .

- اختبار الشخصية السوية : تأليف ميتينيكر . يقيس النقد الذاتي , نقص النقد الذاتي , الاتجاه نحو المجتمع , الاتجاه ضد المجتمع , الانبساط , والانطواء , والعصابي وغير العصابي , والهوس وغير الهوس , والاكتئاب وعدمه , والمنفصم وغير المنفصم , وثبات عمل الجهاز العصبي التلقائي وعدم عمله .
- اختبار مفهوم الذات الخاص : تأليف حامد زهران . يستكشف المحتويات الشعورية المختزنة في مستودع مفهوم الذات الخاص , والمشكلات الشخصية والأسرية والمدرسية والصحية , والأسرار الشخصية والأسرية والاجتماعية , والخبرات السيئة والذكريات المؤلمة والمواقف الحرجة ومشاعر الذنب والنقص والإحباط والتهديد والقلق , والسلوك الخاطئ أو الشاذ , وأسرار السلوك الجنسي , ومسالب الشخصية , ومظاهر مفهوم الذات السالب , والموضوعات المخجلة والأسئلة المحرجة , والمخاوف المرضية , والاتجاهات السالبة نحو الآخرين , وأسباب المتاعب .
- اختبار التشخيص النفسي : تأليف حامد زهران . يقيس : القلق , وتوهم المرض , والضعف العصبي , والخوف والهستيريا , والوسواس والقهر والتفكك, والاكتئاب والهوس والفصام والهذاء والمرض النفسي الجسمي, والاضطرابات الجنسية, والسيكوباتية. ويناسب الشباب والكبار.

التوافق النفسي:

هو عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته . ويقول " صلاح مخيمر " أن التوافق هو الرضا بالواقع المستحيل على التغير وهذا جمود وسلبية واستسلام, وتغيير الواقع القابل للتغيير وهذا مرونة وإيجابية وابتكار وصيرورة, ويرى أن عملية التوافق تتضمن إما تضحية الفرد بذاتيته نزولاً على مقتضيات العالم الخارجي وثمناً للسلام الاجتماعي , أو تتضمن تثبت وفرضها على العالم الخارجي , فإذا فشل أصبح عصابياً وإذا نجح كان عبقرياً . وينظر البعض إلى الصحة النفسية باعتبارها توافق نفسي . وبتحقق ما إذا كان التوافق سليماً أو غير سليم تبعاً لمدى نجاح الأساليب التي يتبعها الفرد للوصول إلى حالة التوازن النسبي مع بيئته . ونجاح عملية التوافق النفسي يؤدي إلى حالة التوافق النفسي

التي تعتبر قلب الصحة النفسية .

أبعاد التوافق :

- التوافق الشخصي : ويتضمن السعادة مع النفس والرضا عنها , وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية والعضوية والفسيولوجية والثانوية المكتسبة, ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحله المتتابعة .
- التوافق الاجتماعي : يتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية .
- التوافق المهني : يتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علماً وتدريباً لها والدخول فيها .

عوامل التوافق النفسي :

من أهم عوامل التوافق النفسي المباشرة تحقيق مطالب النمو النفسي السوي في جميع مراحله وبكافة مظاهره . مطالب النمو هي الأشياء التي يتطلبها النمو النفسي للفرد والتي يجب أن يتعلمها حتى يصبح سعيداً وناجحاً في حياته . يؤدي تحقيق مطالب النمو إلى سعادة الفرد ويسهل تحقيق مطالب النمو في المراحل التالية .

مطالب النمو خلال مراحل النمو المتتابعة :

- مطالب النمو في مرحلة الطفولة: المحافظة على الحياة , تعلم المشي , تعلم الأكل , وتعلم الكلام , تعلم المهارات الأساسية للقراءة والكتابة , تعلم قيم الأمن والسلامة , تعلم ما ينبغي توقعه منه الآخرين وخاصة الوالدين والرفاق , تحقيق الأمن الانفعالي .
- مطلب النمو في مرحلة المراهقة : نمو مفهوم سوي للجسم وتقبل الجسم, وتقبل الدور الجنسي في الحياة, وتقبل التغييرات التي تحدث نتيجة للنمو الجسمي الفسيولوجي والتوافق معها, تكوين المهارات والمفاهيم العقلية الضرورية للإنسان الصالح , تكوين علاقات جديدة طيبة ناضجة مع رفاق السن من الجنسين, بلوغ الاستقلال الانفعالي عن الوالدين والكبار .
- مطالب النمو في مرحلة الرشد: تقبل التغيرات الجسمية, توسيع الخبرات العقلية , اختيار الزوجة أو الزوج والحياة معه, تحقيق الاتزان الانفعالي .
- مطالب النمو في مرحلة الشيخوخة : التوافق مع الضعف الجنسي والمتاعب الصحية لهذه المرحلة, تحقيق ميول نشطة وتوزيع الاهتمامات, التوافق بالنسبة

للإحالة إلى التقاعد, تهيئة الجو النفسي الصحي المناسب للحياة الصالحة لهذه المرحلة .

- مطالب النمو في كل المراحل: نمو واستغلال الإمكانات الجسمية إلى أقصى حد ممكن, تحقيق الصحة الجسمية, النمو العقلي المعرفي, النمو الاجتماعي المتوافق, النمو الانفعالي .

التوافق النفسي ودوافع السلوك :

من أهم الشروط التي تحقق التوافق النفسي إشباع دوافع السلوك وحاجات الفرد . ويعتبر موضوع الدوافع السلوكية من الموضوعات المهمة في علم النفس لأن دوافع السلوك بطبيعة الحال تفسره . ويعتبر السلوك : نتاج عملية تتفاعل فيها العوامل الحيوية , وإشباعها ضروري لحياة الفرد . ويتحدث البعض عن موضوع الدوافع باسم الغرائز أو باسم الحاجات .

الغرائز : هي المحركات الأولى للسلوك .

الغريزة : هي استعداد فطري نفسي يحمل الكائن الحي على الانتباه إلى مثيرات معينة يدركها إدراكاً حسياً ويشعر بانفعال خاص عند إدراكها وعلى العمل أخيراً أو الشعور بدافع إلى العمل بأخذ شكل معين تجاه هذا الشيء . وعلى هذا فللغريزة ثلاثة مظاهر : مظهر معرفي , ومظهر انفعالي , ومظهر عملي نزوعي . و صنف "مكدوجال " الغرائز إلى قسمين :

الغرائز الفردية : وتتلخص في غريزة البحث عن الطعام وانفعالها الجوع , وغريزة التملك وانفعالها لذة التملك , وغريزة الاستغاثة وانفعالها الشعور بالعجز, وغريزة الحل والتركيب وانفعالها لذة الابتكار .

الغرائز الاجتماعية : تتلخص في الغريزة الجنسية وانفعالها الشهوة , وغريزة الوالدية وانفعالها الحنو وترتبط بالغريزة الجنسية , وغريزة التجمع وانفعالها الشعور بالوحدة والعزلة . و فسر "فرويد " الدافعية على أساس الغريزة . والغريزة عند " فرويد " قوة تفترض وجودها وراء التوترات المتأصلة في حاجات الكائن العضوي . ومصدر الغريزة : هي حالة من التوتر داخل الجسم هدفها القضاء على هذا التوتر . وموضوعها : هو الأداة التي تحقق الإشباع أو توصل إليه . ويقول " فرويد " بوجود غريزة الحياة أو غريزة الحب أو القوى البناءة في النفس , وتهدف إلى البقاء . ويميز " فرويد " بين غرائز الأنا وبين الغريزة الجنسية , فغرائز الأنا : هي القوى المعارضة للنزعات الجنسية , وهي التي تعمل على حفظ الأنا والصراع.

بين غرائز الأنا وبين الغريزة الجنسية يؤدي إلى الصراع العصابي , والكبت هو نتيجة تفوق غرائز الأنـا . والغريزة الجنسية تلعب دوراً هاماً في حياة الفرد . ويؤكـد " فرويـد " أن كثـيراً مـن العوامـل الاجتماعيـة ترجع إلى دوافع غريزية .

الحاجات :

هي أشياء ضرورية لاستقرار الحياة نفسها (حاجة فسيولوجية) أو للحيـاة بأسـلوب أفضـل كالحاجـة النفسية .وتتوقف كثير من خصائص الشخصية وتنبع من حاجات الفرد ومـدى إشـباع هـذه الحاجـات . وأهم الحاجات : الحاجة إلى الحب والمحبة . والحاجة إلى الأمن . والحاجة إلى توكيد الذات .

الدوافع :

هو حالة جسمية أو نفسية داخلية (تكـوين فـرضي) يـؤدي إلى توجيـه الكـائن الحـي تجـاه أهـداف معينة ومن شأنه أن يقوي استجابات محددة من بين عدة استجابات يمكـن أن تقابـل مثـيراً محـدداً . ولا يمكن إخضاع الدوافع للملاحظة المباشرة , وإنما نلاحظها عن طريق السلوك الناتج عنها, وأنواع الدوافع : الدوافع الأولية أو الـدوافع الفطريـة : يولـد الفـرد مـزوداً بهـا (النـوم , الغـذاء) . والـدوافع الثانويـة أو الدوافع المكتسبة : وهي التي تضبط سلوكنا الاجتماعي وهي مكتسبة أو متعلمـة كالحاجـة إلى الانـتماء إلى جماعة . تأتي الدوافع الذاتية أو الشخصية ضمن الدوافع الثانوية . والدوافع الاجتماعية : عبارة عـن دافع يثيره ويشبعه ولو جزئياً أشخاص آخرون على العكس من الدافع الفسيولوجي الجسمي الذي يثيره ويشبعه تغير في الوظائف الفسيولوجية ولكنها تتداخل مع بعضها .

بعض الملاحظات على الدوافع :

وراء كل سلوك دافع, والدافع الواحد يؤدي إلى ألوان من السلوك تختلف باختلاف الأفـراد . والـدافع الواحد يؤدي إلى ألوان مختلفة من السلوك لدى الفرد نفسـه تبعـاً لوجهـة نظـره أو الموقـف الخـارجي, والسلوك الواحد قد يصدر عن دوافع مختلفة. والتعبير عن الدوافع يختلف من ثقافة لأخرى . والـدوافع كثيراً ما تبدو في صورة رمزية . والسلوك الإنساني يندر أن يصـدر عـن دافـع واحـد . وتصـنف الـدوافع في حسب ما تشبعه) حشوي , حسي , اجتماعي . وقوة الدوافع وشكلها تعتبر أمـراً فرديـاً . الـدوافع تعـدل الغرائز ضوء التوقعات الاجتماعية . والدافع يهدف إلى تحقيق أهداف الفرد والجماعة, وتختلف الـدوافع الاجتماعية من جماعة لأخرى

ومن بيئة لأخرى . وتتعدد الدوافع بقدر ما هناك من أوجه للنشاط والسلوك البشري . وأهم الدوافع : الدافع الجنسي . ودافع الوالدية . والميل إلى الاجتماع . ودافع المقاتلة الميل إلى العدوان . ودافع السيطرة . ودافع التملك . ودافع اللعب, ودافع الاستطلاع (يؤدي إلى العلم والمعرفة), ويشمل هذا العلم عدة مستويات: هي المستوى المعرفي : المعرفة والفهم والتعلم والتحصيل . والمستوى الحركي: تعلم المهارات الحركية كالمشي والتسلق والعوم . والمستوى الانفعالي : الرغبة في خبرة المشاعر الجديدة .

التوافق وحيل الدفاع النفسي :

تعتبر أساليب غير مباشرة تحاول إحداث التوافق النفسي وحيل الدفاع النفسي : هي وسائل وأساليب توافقية لا شعورية من جانب الفرد. وظيفتها؛ تشويه ومسخ الحقيقة حتى يتخلص الفرد من حالة التوتر والقلق الناتجة عن الإحباطات والصراعات التي لم تحل والتي تهدد أمنه النفسي . وهدفها؛ وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بالثقة في النفس واحترام الذات وتحقيق الراحة النفسية والأمن النفسي . وحيل الدفاع النفسي؛ وتعتبر محاولات للإبقاء على التوازن النفسي من أن يصيبه اختلال. وتحدث لكل الناس السوي وغير السوي, وتختلف حيل الدفاع النفسي اللاشعورية عن الضبط الشعوري للسلوك الذي يعتبر عملية توافق واعية مرنة تتطلب طاقة واقعية كافية من ذات مدركة واعية . وأقسام الحيل الدفاعية:

- حيل الدفاع الانسحابية أو الهروبية : الانسحاب والنكوص والتثبيت والتفكيك والتخيل والتبرير والإنكار والإلغاء والسلبية .

- حيل الدفاع الإبدالية : الإبدال والإزاحة والتحويل والإعلاء والتعويض والتقمص والتكوين العكسي والتعميم والرمزية والتقدير المثالي .
- وهناك تقسيم آخر وهو :
- حيل الدفاع السوية : غير عنيفة وتساعد الفرد في حل أزمته النفسية وتحقيق توافقه النفسي , مثل الإعلاء والتعويض والتقمص والإبدال .
- حيل الدفاع غير السوية : وهي عنيفة ويلجأ إليها الفرد عندما تخفق حيله الدفاعية السوية فيظهر سلوكه مرضياً , مثل : الإسقاط والنكوص والتثبيت والعدوان والتحويل والتفكيك والسلبية .

حيل الدفاع النفسي :

الإعلاء (التسامي): هو الارتفاع بالدوافع التي لا يقبلها المجتمع وتصعيدها

إلى مستوى أعلى وأسمى , والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعياً مثل إعلاء الدافع الجنسي بكتابة الشعر الغرامي, دافع العدوان برياضة الملاكمة .

التعويض : هو محاولة الفرد النجاح في ميدان لتعويض إخفاقه في ميدان آخر مما أشعره بالنقص , أو الظهور بصفة مقبولة لتعويض وتغطية صفة غير مقبولة . مثل : شخص يعاني من اضطراب الكلام يدفعه ليصبح خطيباً مفوهاً , وفشل دراسي بنجاح رياضي .

التقمص (التوحد) : هو أن يجمع الفرد ويستعير ويتبنى وينسب إلى نفسه ما في غيره من صفات مرغوبة ويشكل نفسه على غرار شخص آخر يتحلى بهذه الصفات. أي يندمج في شخصية شخص آخر. وهو يختلف عن التقليد لأن التقمص لا شعوري بينما التقليد شعوري مثل تقمص شخصيات الأبطال والنجوم.

الاحتواء (الاندماج) : هو استدخال وامتصاص الفرد في بناء ذاته شخصاً أو موضوعاً أو مشاعر أو عواطف ومعايير وقيم الآخرين, ويستجيب وكأن ذلك عنصر في نفسه . الاحتواء عكس الإسقاط مثل امتصاص معايير السلوك الاجتماعي على أنها خصائص سلوكه الشخصي .

الإسقاط : وهو أن ينسب الفرد ما في نفسه من عيوب وصفات غير مرغوبة إلى غيره من الناس يلصقها بهم (وبصورة مكبرة) . يعتبر الإسقاط اعترافاً لا شعورياً على النفس أكثر منه اتهاماً للغير . الإسقاط عكس الاحتواء .

النكوص : هو العودة أو الردة أو الرجوع أو التقهقر إلى مستوى غير ناضج من السلوك وتحقيق نوع من الأمن والتوافق حين تعترض الفرد مشكلة أو موقف محبط . مثل : شيخ يسلك سلوك المراهق بعد أن كان قد أقلع عنه .

التثبيت : هو توقف نمو الشخصية عند مرحلة من النمو لا يتخطاها , عندما تكون مرحلة النمو التالية بمثابة تهديد خطير , ويعتبر التثبيت رفضاً لعملية النمو , ومن مظاهره التثبيت الانفعالي . مثل : سلوك انفعالي طفلي يصدر من شاب .

التفكيك (العزل) : هو فك الرابطة بين الانفعال والأفعال , وبين أنماط السلوك المتناقضة , وعزل كل منها في واد بعيد عن الآخر . ويتم هذا في إطار المعالجة الفكرية .

السلبية : هي مقاومة المسئوليات والضغوط حيث يفعل الشخص غير ما يطلب منه أو يتجنب فعله مثل الصمت والمقاومة والرفض.

العدوان : هو هجوم يوجه نحو شخص أو شيء مسئول عن إعاقة بالغة . مثل : الكيد أو التشهير .

الانسحاب : هو الهروب والابتعاد عن عوائق إشباع الـدوافع والحاجـات وعـن مصـادر التـوتر والقلـق وعن مواقف الإحباط والصراع الشديد . والانسحاب سلوك سـلبي . مثـل : الانسـحاب الانفعـالي والعزلـة والوحدة .

التخيل : هو اللجوء إلى عالم الخيال لتحقيق مـا عـز تحقيقـه مـن نجـاح في الواقـع . مثـل : الاسـتغراق المفرط في الأحلام .

التحويل : هو تحويل الصراعات الانفعالية أو الدوافع المكبوتة وتعبيرها عن نفسها خارجيـاً مـن خـلال العمليات الحسية والحركية أو العمليات الفسيولوجية . مثل : صـدمة الانفجـار التـي تصـيب الجنـود في الحرب تؤدي إلى العمى الهستيري .

التبرير : هو تفسير السلوك (الفاشل أو الخاطئ) وتعليله بأسـباب منطقيـة معقولـة وأعـذار مقبولـة شخصياً واجتماعياً . والتبرير يختلف عن الكذب لأن التبرير لا شعوري يخدع به الفرد نفسه بينما الكذب شعوري يخدع به الآخرين . مثل : تبرير عدم الزواج من فتاة رفضته أنها سيئة السلوك .

الإنكار : هو الإنكار اللاشعوري للواقـع المـؤلم أو المسـبب للقلـق , وذلـك بـرفض إدراكـه أو مواجهتـه , ويبدو الفرد شأنه شأن النعام يدفن رأسه في الرمال . وهي حيلة تعبر بوضوح عن الهروبية . مثل : إنكـار موت عزيز .

الإلغاء (الإبطال) : هو قيـام الفـرد بسـلوك يعـاكس مـا قـام بـه فعـلاً وكـان غـير مقبـول شخصـياً أو اجتماعياً وكأنه يحاول إصلاح ما أفسد وإلغاء وإبطال ومحو مفعوله. إنه يعبر عـن التوبـة . مثـل : إلغـاء الذنب بالتوبة .

الكبت : هو إبعاد الدوافع والأفكار المؤلمة أو المخزية أو المخيفة أو الخطيرة المؤدية إلى القلق من حيـز الشعور إلى حيز اللاشعور حتى تنسى . وهي وسيلة يفضل الفرد إنكارها وكأنه يهذب ذاته خشية الشعور بالإثم والندم وعذاب الضمير وإيلام الذات, والكبت يعتبر بمثابة دفن خبرات حية, وتحاول دائمـاً الخـروج ثانية إلى حيز الشعور . يمكن أن تظهر المكبوتات في الأحلام وزلات اللسان . والكبت يختلف عن القمع في أن القمع يتضمن كبح وضبط النفس شعورياً في ضوء المعايير الاجتماعيـة خشـية الخـزي والعـار . مثـل : الغيرة المكبوتة , والحقد المكبوت .

النسيان : هو إخفاء الخبرات والمواقف غير المقبولة أو المهددة عن الوعي

والإدراك , وهو ينتج عن حيلة الكبت . مثل : نسيان موعد غير مرغوب فيه , نسيان اسم شخص مكروه .

الإزاحة : هي إعادة توجيه الانفعالات المحبوسة نحو أشخاص أو موضوعات أو أفكار غير الأشخاص أو الأفكار الأصلية التي سببت الانفعال . مثل : إزاحة حب امرأة إلى ابنها .

الإبدال : هو اتخاذ بديل لتحقيق هدف أو سلوك غير مقبول اجتماعياً , ويكون البديل عادة مشابهاً إلى حد كبير للهدف أو السلوك غير المقبول اجتماعياً . مثل : إبدال السلوك العدواني الموجه نحو الوالدين إلى لعبة وتحطيمها .

التعميم : هو تعميم تجربة معينة على سائر التجارب والخبرات المشابهة أو القريبة منها .

التكوين العكسي : هو التعبير والرغبات المستنكرة سلوكياً في شكل معاكس أو في شكل مضاد مقبول ومبالغ فيه عادة . مثل التدين كتكوين عكسي للإلحاد .

الرمزية : هي اعتبار مثير لا يحمل أي معنى انفعالي رمزاً لفكرة أو اتجاه مشحون انفعالياً . مثل : اهتمام شاب بملابس النساء رمزاً لاهتمامه بالجنس الآخر .

التقدير المثالي : هو المبالغة في التقدير ورفع الشأن بما يعمي الفرد عن حقيقة الشيء ويحرمه من النظرة الموضوعية . مثل : المبالغة في تقدير المحبوب ووصفه بكل المحاسن وتنزيهه عن كل المساوئ .

الوقاية من المرض النفسي

يسمى التحصين النفسي, وتتركز الخطوط العريضة للوقاية من المرض النفسي في الإجراءات الوقائية الحيوية . وتركز الإجراءات الوقائية الحيوية في التأكيد على خدمات رعاية الأم قبل الحمل وأثناءه والرعاية الصحية التالية للفرد . وتحول كذلك تعديل العوامل التناسلية بحيث نحصل على أفراد أصحاء منذ البداية . وتتضمن الإجراءات الوقائية الحيوية ما يلي : الصحة العامة وتشمل : رعاية الأم , تكوين عادات نظافة الجسم والعناية به , إعداد الوالدين لدور الوالدية , الفحص الطبي , مقاومة ضغوط الحياة , العلاج النفسي والاجتماعي . والنواحي التناسلية : منع ولادة أطفال لوالدين لديهما أمراض وراثية , رسم خريطة كروموزومية للعروسين تفيد في التنبؤ بأي مرض عضوي في نسلهما مستقبلاً, دراسة التركيب الفعلي للموروثات .

الإجراءات الوقائية النفسية :

مفتاح الصحة النفسية هي أن ينمو الفرد نمواً سليماً وينشأ تنشئة اجتماعية سوية وأن يتوافق شخصياً واجتماعياً ومهنياً وأن يعرف مشكلاته حين تطرأ في حياته ويحددها ويدرسها ويفسرها ويضبطها ويعالجها . وتتضمن الإجراءات الوقائية النفسية ما يلي:

- النمو النفسي السوي: العمل على تحقيق أكبر درجة من النمو والتوافق في كل مراحله وفي كافة مظاهره, المرونة في عملية الرضاعة والحب , تزويد الوالدين بالمعلومات عن الحاجات النفسية , توجيه وإرشاد الوالدين , التربية الجنسية , ملائمة المناهج التربوية , الاهتمام بنمو الشخصية , تحقيق التكامل الشخصي .
- نمو المهارات الأساسية: تحقيق التوافق الانفعالي, وتحقيق التوافق الاجتماعي, رعاية النمو العقلي .
- التوافق الزواجي : التوجيه والإرشاد والمشاركة , بناء وحدة أسرية , تحقيق العوامل الأساسية للزواج .
- التوافق المهني والتوجيه المهني .
- والمساندة أثناء فترات الراحة : المساندة الانفعالية للأسرة وللطفل وللفرد وللراشدين وأثناء التعرض للأحداث , وتهيئة الظروف اللازمة للنمو النفسي .
- التنشئة الاجتماعية : مساعدة الأطفال والمراهقين في تعلم الأدوار الاجتماعية وفلسفة الحياة , وتنمية المهارات المتعلقة بالصحة النفسية والتوافق الشخصي , تقبل المسئوليات , الاعتقاد في القيم .

والإجراءات الوقائية الاجتماعية:

- الإجراءات الاجتماعية العامة : رفع مستوى المعيشة , الاهتمام ببرامج التوعية , الاهتمام بالبرامج الوقائية في مراكز رعاية الأسرة.
- الإجراءات والبحوث العلمية : البحوث حول مدى حدوث وتوزيع الاضطرابات النفسية مع الاهتمام بأنماط السلوك الشاذ , البحوث حول السلوك المنحرف والبحوث حول الآثار النفسية لمشكلات التقدم العلمي والتكنولوجي والصناعي .
- التقييم والمتابعة : تقييم نتائج الجهود الوقائية والعلاجية والآثار الجانبية , تقييم برامج الصحة النفسية , تقييم ومتابعة المعالجين النفسيين .

تخطيط الإجراءات الوقائية :

تقع على عاتق المؤسسات النفسية والاجتماعية والطبية والمعاهد العلمية المتخصصة في هذا المجال, وبرنامج الوقاية يجب أن يتناول ظروف الفرد والجماعة والمجتمع , ويجب أن يختلف بحسب عضو الأسرة الذي يوجه إليه كالأب أو الأم أو الأولاد... وعلى مستوى الأحداث الهامة مثل الزواج, وعلى مستوى الاضطراب لدى الفرد أو الأسرة أو في المجتمع . والمجتمع الذكي : هو الذي يهيئ المناخ الاجتماعي والثقافي الذي ييسر النمو السوي لأفراده وجماعاته ويقوم بكل ما يكفل الوقاية من المرض النفسي . ويجب أن يتعود المواطنين على إجراء الفحص النفسي الشامل دورياً من أجل الوقاية .

الشخصية

يعرف جوردون ألبورت الشخصية بانها التنظيم الدينامي في الفرد لجميع الأجهزة النفسية الجسمية الذي يحدد توافقه الفريد مع بيئته. والشخصية هي جملة السمات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية) الموروثة والمكتسبة) التي تميز الشخص عن غيره .

نظريات الشخصية :

أولاً نظرية الأنماط : وهي من أقدم نظريات الشخصية . وحاولت تصنيف شخصيات الناس إلى أنماط تجمع بين الأشخاص الذي يندرجون تحت نمط واحد والنمط : هو نموذج السمات والخصائص التي تتجمع ويمكن تمييزها عن نماذج أخرى . ومن أقطاب هذه **النظريات أبو قراط والذي قسم أنماط الشخصية** بناء على سيادة أحد أخلاط (إفرازات جسمية) إلى أربعة أقسام :

- الدم : وتفرزه الكبد . النمط الدموي : دموي المزاج , متفائل , نشط , سهل الاستثارة , سريع الاستجابة , حاد الطبع , متحمس , واثق .
- البلغم : وتفرزه الرئتان . النمط البلغمي : بلغمي المزاج , خامل , بليد منوي , متبلد الانفعال , فاتر و بارد , متراخ , عديم الفائدة .
- الصفراء : وتفرزه المرارة . النمط الصفراوي : صفراوي المزاج , سريع الانفعال , غضوب , عنيد , طموح .
- السوداء : وتفرزها الطحال . النمط السوداوي : سوداوي المزاج , متشائم , منطوي, مكتئب , هابط النشاط , بطيء التفكير , متأمل . والشخص

الصحيح هو الذي يكون عنده توازن بين الأمزجة الأربعة .

أرنست كريتشمر : قسم أنماط الشخصية إلى أربعة أقسام :

- النمط البدين : ممتلئ الجسم , قصير الساقين, قصير العنق, عريض الوجه- مرح, منبسط, اجتماعي , صريح , سريع التقلب .
- النمط النحيل : نحيل الجسم , طويل الأطراف , دقيق القسمات – منطو, مكتئب .
- النمط الرياضي : رياضي , قوي العضلات , ممتلئ الجسم – نشط, عدواني .
- النمط غير المنتظم هو ما ليس مما اعلاه .

شيلدون : قسم أنماط الشخصية إلى ثلاثة أقسام هي :

النمط الداخلي التركيب : الحشوي (النمط الحشوي الأساسي), السمين, المتراخي, يميل إلى الراحة الجسمية والاسترخاء والنوم , بطيء الاستجابة, يحب مظاهر الأدب, مرح , يحب الأكل, روحه اجتماعية, يحب الحفلات الاجتماعية, منبسط, متسامح, سهل الانقياد والخضوع, هادئ انفعالياً, راض عن ذاته, يأخذ أكثر مما يعطي .

النمط المتوسط التركيب : العضلي (النمط الجسمي الأساسي), عنيف, يميل إلى إثبات الذات, يحب العمل والنشاط والحيوية والحركة يحب السيطرة والعدوان والتنافس, قاس , صلب الرأي , يحب المخاطرة الجسمية , شجاع وجريء , لا يبالي بالألم , ولا بمشاعر الآخرين , صوته جهوري طليق .

النمط الخارجي التركيب : الجلدي , النحيف, (النمط المخي الأساسي), منضبط, يميل إلى التوتر والتيقظ والحساسية, متحفظ دقيق الحركة , سريع الاستجابة, نشط ومتيقظ عقلياً, مفكر, متأمل, يكبت انفعالاته, علاقاته الاجتماعية ضعيفة يحب العزلة والخصوصية, قلق, خجول, متزمت .

كارل يونج قسم أنماط الشخصية إلى نمطين هما :

- النمط الانبساطي : نشط , اجتماعي, يميل إلى المشاركة في النشاط الاجتماعي, يهتم بالناس, له صداقات كثيرة, بواح , متوافق , مقبل على الدنيا في حيوية وصراحة. ويتفرع هذا النمط إلى أربعة أنماط فرعية هي :
- الانبساطي التفكيري : مفكر يهتم بالحقائق الموضوعية كالعالم الخارجي الواقعي التجريبي , عملي , ينتج أفكاراً جديدة .

- الانبساطي الوجداني : اجتماعي , سهل الاختلاط , حسن التوافق الاجتماعي, مندفع, انفعالي, منطلق في التعبير الانفعالي الظاهر .
- الانبساطي الحسي : يستمد اللذة المباشرة من خبرته الحسية, ويحتاج إلى إثارة خارجية مستمرة يحب التجديد والتنويع, سريع الملل .
- الانبساطي الإلهامي : يعتمد على الحدس, يحب التجديد, جريء مخاطر, مغامر, مندفع, يحب الأشياء الغير عادية لا يحترم العادات .
- النط الانطوائي : انسحابي , غير اجتماعي , انعزالي , يفكر دائماً في نفسه, متمركز حول ذاته, يخضع سلوكه لمبادئ مطلقة وقوانين صارمة, غير مرن, غير متوافق , شكاك. ويتفرع من هذا النمط أربعة أنماط فرعية :
- الانطوائي التفكيري : فيلسوف, باحث نظري, يهتم بالأفكار والعالم الداخلي والواقع الداخلي, خجول, صامت حتى في صحبة الزملاء .
- الانطوائي الوجداني : ينطوي على حالات وجدانية عميقة قوية, قوي الانفعال, يحب بقوة ويكره بعنف ويحزن بشدة تحكمه العوامل الذاتي يميل إلى العزلة .
- الانطوائي الحسي : ذاتي في إدراكه, يحب تأمل المحسوسات والطبيعة .
- الانطوائي الإلهامي: يهتم بالجانب السلبي والأسود من الخبرات وبكل ما هو ذاتي وغريب وغير عادي ومتقلب .

ثانياً نظرية السمات :

بحسب نظرية السمات فالشخصية هنا؛ عبارة عن انتظام دينامي لمختلف سمات الفرد وتقوم هذه النظرية على أساس تحديد السمات العامة للشخصية التي تكمن وراء السلوك . والسمة : هي الصفة أو الخاصية (الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية) الموروثة المكتسبة , التي يتميز بها الفرد , وتعبر عن استعداد ثابت نسبياً لنوع معين من السلوك . والسمات إما أن تتوقف على عوامل وراثية مثل حالة الجهاز العصبي وجهاز الغدد وعملية التمثيل الغذائي ولا تحتاج إلى تعليم أو تدريب . وإما أن تكون السمات مكتسبة متعلمة عن طريق الارتباط الشرطي والتعميم والتدعيم والتوحد والتقليد, لقد حاول العلماء حصر سمات الشخصية فكان عددها بالآلاف وعندئذ لجأوا إلى التحليل العاملي وحصلوا عن طريقه على السمات العامة .

ومن أقطاب هذه النظرية : جوردون ألبورت والذي قسم السمات إلى؛ السمات

الوراثية التي تنتقل بالوراثة . والسمات الظاهرية التي تحددها البيئة . اما هانز أيزينك فقد حدد السمات إلى :

- الانبساط : اجتماعي, مرح, سريع, نشيط , غير دقيق, غير مثابر , مستوى طموحه منخفض, مرن, منخفض الذكاء نسبياً, يحب النكتة .
- الانطواء : مكتئب, غير مستقر, بليد, سهل الاستثارة, يشعر بالنقص, متقلب المزاج, يستغرق في أحلام اليقظة, يبتعد عن الأضواء, والمناسبات الاجتماعية, أرق, لا يطرب للنكتة, دقيق, بطيء, ذو طموح مرتفع .
- العصابية : يشكو قصور في العقل والجسم , ذكاؤه متوسط قابل للإيحاء, غير مثابر, بطيء التفكير والعمل, غير اجتماعي, يميل إلى الكبت .
- الذهانية : تركيزه قليل, ذاكرته ضعيفة, كثير الحركة, مبالغ , بطيء القراءة, مستوى طموحه منخفض .

اما ريموند كاتيل فقد توصل إلى السمات الآتية وهي سمات ثنائية القطب :

- الاجتماعية ضد العدوانية : اجتماعي, محب للناس, سهل المعاشرة ضد عدواني, ناقد, منسحب .
- الذكاء العام ضد الضعف العقلي .
- الثبات الانفعالي أو قوة الأنا ضد عدم الثبات الانفعالي أو ضعف الأنا .
- التحرر ضد المحافظة .
- السيطرة ضد الخضوع .
- الانبساط ضد الانطواء .
- قوة الأنا الأعلى ضد ضعف الأنا الأعلى .
- المخاطرة والإقدام ضد الحرص والخجل .
- الواقعية ضد الرمانتيكية : واقعي ضد قلق وخيالي .
- البساطة ضد نقد الذات .
- الثقة الكاملة ضد الميل للشعور بالإثم .
- الاكتفاء الذاتي ضد الاعتماد على الجماعة .
- قوة اعتبار الذات ضد ضعف اعتبار الذات .
- قوة التوتر الدافعي ضد ضعف التوتر الدافعي .
- التبصر ضد السذاجة .

ثالثاً النظرية السلوكية : نظرية المثير والاستجابة .

تقول **النظرية السلوكية** أن الفرد في سلوكه يكتسب أساليب سلوكية جديدة عن طريق عملية التعلم ويحتفظ بها . كما بنيت النظرية السلوكية على أساس من البحوث المعملية بهدف: تفسير السلوك الإنساني . ومن أوائل أقطاب هذه النظرية؛ ويليام جيمس. وكان من أهم تطبيقات نظرية التعلم (خاصة نظرية كلارك هل) في مجال الشخصية هو ما قام به "جون دولارد ونيل ميللر . "والشخصية حسب النظرية السلوكية؛ هي التنظيمات أو الأساليب السلوكية المتعلمة الثابتة نسبياً التي تميز الفرد عن غيره من الناس, ويحتل مفهوم (العادة) مركزاً أساسياً في النظرية السلوكية باعتبار أن العادة: مفهوم يعبر عن رابطة بين المثير والاستجابة .كما اهتمت هذه النظرية بتحديد الظروف التي تؤدي إلى تكوين العادات وإلى انحلالها أو إحلال أخرى محلها . والعادة عندهم : هي تكوين مؤقت وليست تكويناً دائماً نسبياً, كما أن العادات متعلمة ومكتسبة وليست موروثة . وعلى هذا فبناء الشخصية يمكن أن يتعدل ويتغير, وأبرزت النظرية أهمية الدافع أو الباعث وهو مثير قوي بدرجة كافية لدفع الفرد وتحريكه إلى السلوك. ومن الدوافع ما هو أولي موروث يتصل بالعمليات الفسيولوجية مثل الجوع والعطش, ومنها ما هو ثانوي مكتسب متعلم مثل الحاجة إلى الأمن والانتماء إلى الجماعة . وتحدث جون دولارد ونيل ميللرعن عدة مفاهيم هامة في عملية التعلم وهي؛ المثير والدافع والدليل والتعزيز والاستجابة, وتناولا كذلك مفهوم الصراع والعمليات اللاشعورية, وبذلك يكونا قد زاوجا بين نظرية كلارك هل في التعلم وبين نظرية التحليل النفسي.

رابعاً نظرية التحليل النفســـي :

مفاهيم عامة في نظرية التحليل النفسي :

الشخصية :

يقول سيجموند فرويد مؤسس هذه النظرية إن الجهاز النفسي يتكون فرضياً من الهو والأنا الأعلى والأنا .

الهو : أقدم قسم من أقسام هذا الجهاز, وهو منبع الطاقة الحيوية والنفسية التي يولد الفرد مزوداً بها , وهو يحتوي على ما هو ثابت في تركيب الجسم فهو يضم الغرائز والدوافع الفطرية الجنسية والعدوانية, وهو الصورة البدائية للشخصية قبل أن يتناولها المجتمع بالتهذيب والتحوير, وهو جانب لا شعوري

عميق ليس بينه وبين العالم الواقعي صلة مباشرة, وهو لا شخصي ولا إرادي ويسيطر على نشاطه مبدأ اللذة والألم .

الأنا الأعلى : مستودع المثاليات والأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والتقاليد والقيم والصواب والخير والحق والعدل والحلال فهو بمثابة سلطة داخلية, وهو لا شعوري إلى حد كبير, وينمو مع نمو الفرد. يتأثر في نموه بالوالدين ويتهذب بازدياد ثقافة الفرد وخبراته , ويعمل على ضبط الهو وكف دفاعاته .

الأنا: هو مركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي والإدراك الداخلي والعمليات العقلية وهو المشرف على جهازنا الحركي الإرادي ويتكفل بالدفاع عن الشخصية ويعمل على توافقها مع البيئة وإحداث التكامل وحل الصراع بين مطالب الهو وبين مطالب الأنا الأعلى وبين الواقع , والأنا له جانبان شعوري ولا شعوري وله وجهان وجه يطل على الدوافع الفطرية والغريزية في الهو , ووجه يطل على العالم الخارجي عن طريق الحواس, ووظيفته : التوفيق بين مطالب الهو والظروف الخارجية . ينمو عن طريق الخبرات التربوية التي يتعرض لها الطفل إلى الرشد . ويقول فرويد لابد أن يكون متوازناً حتى يكفل للفرد طريقة سليمة للتعبير عن الطاقة الليبيدية الحيوية الجنسية وحتى تسير الحياة سيراً سوياً . حيث يحاول الأنا حل الصراع بين الهو والأنا الأعلى, وإذا أخفق ظهر أمراض العصاب.

استخدم " كارل يونج " مصطلح الأنا قاصداً به الشعور أو العقل الواعي, واهتم بمفهوم الشخصية المقنعة: القناع الذي يلبسه الشخص للتوافق مع البيئة الاجتماعية , واهتم بالأنماط النفسية : الانبساطي والانطوائي وفروعهما. والذات المبتكرة وهي العنصر الديناميي النشط في حياة الإنسان وتبحث عن الخبرات التي تنتهي بتحديد أسلوب حياة الشخص .وقدمت " كارين هورني " مفهوم الذات الدينامي, وتعتقد أن الشخص يناضل في الحياة من أجل تحقيق ذاته , وقدمت مفهوماً ثلاثياً للذات : الذات المثالية : كمفهوم رئيسي وعامل هام في التوافق النفسي , الذات الواقعية : الفرد بمجموع خبراته وقدراته وحاجاته وأنماط سلوكه. والذات الحقيقية هي القوى الداخلية المركزية التي تميز الفرد وهي مصدر نمو الطاقة والميول والقرارات والمشاعر . وترى أن العصاب : ينشأ عن بعد الشخص عن ذاته الحقيقية والسعي وراء صورة مثالية غير واقعية, وتحدث " أوتو رانك " عن نمو الذات وجهود الفرد في تحقيق ذاته وتأكيدها وتقبلها . ويقول أن

تطور الفردية يمر بأدوار ثلاثة هي : دور الشخص العادي ويتسم بمحاولة الفرد التوافق مع نفسه ومع المحيط الذي يعيش فيه ومحاولته الشعور بأنه جزء من هذا المحيط ويكون مثله الأعلى أن يكون كغيره من الناس, ودور الشخص العصابي يتسم ببدء اعتماد الفرد على نفسه وتكوين وجهات نظر جديدة حيال نفسه وحيال العالم من حوله ومثله أن يكون غير ما يريده الناس أن يكون, ودور الشخص المتوافق : وهو أعلى درجات تطور الفردية حيث يصل إلى درجة كبيرة من التوافق مع نفسه ومع بيئته وتنمو إرادته ويسود جانب الأخلاق ومثله أن يكون كما هو في الواقع .

ويرى " إيريك فروم " أن الشخصية هي مجموعة السمات النفسية والجسمية الموروثة والمكتسبة التي تميز الفرد وتجعل منه شخصاً فريداً لا نظير له . وقسم الشخصية إلى:

- الاستقبالية أو التلقائية : وتتسم بالاتكالية والسلبية والاستسلام والحاجة إلى الحب والمساعدة والصداقة .
- الشخصية الاستقلالية : وتتسم بالعدوانية والاحتيال والاستخفاف بالناس والأخذ أكثر من العطاء .
- الشخصية الادخارية : وتتسم بالبخل والتوفير والخوف من المستقبل .
- الشخصية المسواقة : تتسم بالتقلب والتأثر بمتطلبات الآخرين حتى لتقترب من شخصية الباعة .
- الشخصية المنتجة : وتتسم بالإنتاج وتحقيق الإمكانات والاستقلال والتمتع بالحياة .
- الشعور واللاشعور وما قبل الشعور.
- الشعور : هو منطقة الوعي الكامل والاتصال بالعالم الخارجي , وهو الجزء السطحي فقط من الجهاز النفسي .
- اللاشعور : يكون معظم الجهاز النفسي , وهو يحوي ما هو كامن ولكنه ليس متاحاً ومن الصعب استدعاؤه لأن قوى الكبت تعارض ذلك .
- ما قبل الشعور : يحتوي على ما هو كامن وليس في الشعور ولكنه متاح ومن السهل استدعاؤه إلى الشعور مثل الكلام والذكريات والمعارف .

الغرائز :

هي كما حددها " فرويد " عبارة عن قوة نفترض وجودها وراء التوترات المتأصلة في حاجات الكائن الحي (حاجات الهو) وتمثل مطلب الجسم من الحياة النفسية . وهدفها : القضاء على هذه التوتر .وموضوعها : هو الأداة التي تحقق الإشباع . وتحدث فرويد عن الغرائز وعن عقدة " أوديب : الولد الذي يحب أمه ويجد والده منافساً له فيشعر بعداء تجاهه. وعكس هذه العقدة لدى الفتاه عقدة إليكترا. وكانت آراء فرويد حول الغريزة الجنسية من أهم أسباب حركات الانشقاق بينه وبين زملائه وتلاميذه الذين عارضو نظرية الجنسية الشاملة حيث أرجع فرويد كل شيء وفسره على أساس الجنس. . هذا ويعزى فرويد أكثرية العوامل الاجتماعية إلى دوافع غريزية. اما آدلر صاحب علم النفس الفردي فيعزيها الى عوامل النقص, وناقش " سوليفان " أساليب اكتساب الخبرة البدائي والأسلوب المتميز .

مفاهيم خاصة في نظرية التحليل النفسي :

صدمة الميلاد : صدمة نفسية رهيبة في بداية حياة الفرد لأن الانفصال بالميلاد يكون بمثابة عملية طرد . ويعتبر بداية القلق , ويقضي الفرد حياته باستبدال فردوسه المفقود , وقد يحتاج إلى مرحلة الطفولة كلها حتى يتغلب على صدمة الميلاد .

عقدة النقص : توجد نتيجة لوجود قصور عضوي أو اجتماعي أو اقتصادي مما يؤثر على حياة الشخص النفسية ويشعره بالنقص . وأهتم بها " أدلر . "

أسلوب الحياة : أبرزها " أدلر " وهي السعي إلى التفوق وتحقيق الذات . ومن الأساليب النشاط الاقتصادي أو العلاقات الاجتماعية, أو النشاط الرياضي .

الغائية : أدلر والمقصود بها هدف الحياة, قال لا يمكن للشخصية أن تنمو إلا إذا كان هناك هدف يوجهها .

الإرادة عند رانك تعني القوة المتكاملة للشخصية, وتشبه مفهوم الأنا إلى حد ما . ومن أسس مفهوم الإرادة أن المرء لا يستطيع أن يحصل على كل شيء دون وجود عقبات طبيعية أو اجتماعية ودون جهاد .ويستلزم التغلب والجهاد ضد الموانع وجود (إرادة مضادة) ويقول " رانك " أن الفرد عندما يتخلى عن اللجوء إلى المقارنة ويكف عن قياس نفسه بمستويات الآخرين فإنه يصل إلى تكوين (الإرادة الإيجابية الحقيقية), ويرى أن قوة الإرادة عامل في العلاج النفسي .

خامساً نظرية الذات :

من أهم معالم هذه النظرية الذات وهي كينونة الفرد أو الشخص . وتنمو وتنفصل تدريجياً عن المجال الإدراكي . وتتكون نتيجة للتفاعل مع البيئة . وتشمل الذات المدركة والذات الاجتماعية والذات المثالية . وتمتص قيم الآخرين , وتسعى إلى التوافق والاتزان والثبات . وتنمو نتيجة للنضج والتعلم وتصبح المركز الذي تنتظم حوله كل الخبرات .

مفهوم الذات :

هو تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات , يبلوره الفرد , ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته . ويتكون من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية أو الخارجية . وتشمل هذه العناصر :

مفهوم الذات المدركة : هي المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات كما تظهر إجرائياً في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو .

مفهوم الذات الاجتماعي : هي المدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين في المجتمع يتصورونها والتي يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين .

مفهوم الذات المثالية : هي المدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون .

وظيفة مفهوم الذات هي وظيفة دافعية وتكامل تنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذي يوجد الفرد في وسطه. ولذا فإنه ينظم ويحدد سلوكه, وينمو مفهوم الذات تكوينياً كنتاج للتفاعل الاجتماعي جنباً إلى جنب مع الدافع الداخلي لتأكيد الذات . وبالرغم من أنه ثابت إلى حد كبير إلا أنه يمكن تعديله وتغييره تحت ظروف معينة في العلاج النفسي الممركز حول العميل . ومفهوم الذات أهم من الذات الحقيقية في تقرير السلوك , وهو عبارة عن كل (جشطلت) , وأن الفرد يسعى دائماً لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته وهو يحتاج إلى مفهوم موجب للذات . ومفهوم الذات : مفهوم شعوري يعيه الفرد , بينما قد تشمل الذات عناصر لا شعورية ولا يعيها الفرد .

الخبرة : هي كل شيء أو موقف يعيشه الفرد في زمان ومكان معين . ويتفاعل الفرد معها وينفعل بها , ويؤثر فيها ويتأثر بها, والخبرة متغيرة, ويحول الفرد

خبراته إلى رموز يدركها ويقيمها في ضوء مفهوم الذات وفي ضوء المعايير الاجتماعية أو يتجاهلها على أنها لها علاقة ببنية الذات أو ينكرها أو يشوهها على أنها متطابقة مع بنية الذات . والخبرات التي تتطابق مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية تؤدي إلى الراحة والخلو من التوتر وإلى التوافق النفسي .

الفرد : فالفرد لديه الخبرة على تقييم خبرته وسلوكه . ولديه دافع أساسي لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته . ولديه حاجة أساسية رغم أنها متعلمة للتقدير الموجب .

السلوك : وهو نشاط موجه نحو هدف من جانب الفرد لتحقيق وإشباع حاجاته كما يخبرها في المجال الظاهري كما يدركه . ويتفق السلوك مع مفهوم الذات, ومع المعايير الاجتماعية . وبعضه لا يتفق مع بنية الذات والمعايير الاجتماعية, وعندما يحدث تعارض هنا يحدث عدم التوافق النفسي . ويمكن تغيير السلوك وتعديله .

المجال الظاهري : هو عالم الخبرة المتغير باستمرار . وهو : كل الخبرات أو مجموعها وهو عالم شخصي ذاتي . ويوجد الفرد في مجال ظاهري , ويسلك الفرد ككل منظم في هذا المجال الظاهري أي المجال الشعوري كما يدركه وكما يخبره . ويتفاعل الفرد مع المجال الظاهري كما يخبره وكما يدركه . ويعتبر من وجهة نظر الفرد واقعاً وحقيقة . ويرتبط المجال الظاهري بالذات الظاهرية أي الذات الشعورية كما يدركها الفرد . والمجال الظاهري يختلف عن المجال غير الظاهري أي اللاشعوري الذي يتضمن الأجزاء اللاشعورية من الذات والخبرات.

التطورات الحديثة في نظرية الذات :

من أهم التطورات الحديثة في نظرية الذات) الإطار الجديد الذي قدمه " فيليب فيرنون " فهو يقول أن هناك مستويات مختلفة للذات وهي المستوى الأعلى ويتكون من عدد من الذوات الاجتماعية العامة التي يعرضها الفرد للمعارف والغرباء والأخصائيين النفسيين . والذات الشعورية الخاصة : كما يدركها الفرد عادة ويعبر عنها لفظياً ويشعر بها وهذه يكشفها الفرد عادة للأصدقاء الحميمين فقط . والذات البصيرة : التي يتحقق منها الفرد عادة عندما يوضع في موقف تحليلي شامل مثل ما يحدث في عملية العلاج النفسي الممركز حول العميل أو الإرشاد النفسي . والذات العميقة أو الذات المكبوتة : عادة والتي تتوصل إلى صورتها عن طريق العلاج النفسي التحليلي أو التحليل النفسي . ويضاف إلى هذه

المستويات : مفهوم الذات الخاص والذي يختص بالذات الخاصة أي الشعوري السري الشخصي جداً أو العوري من خبرات الذات . والذي يقع في المنطقة الحدية بين الشعور واللاشعور والذي هو مستعد للانطمار في اللاشعور قبل أي خبرة أخرى من خبرات الذات , إلا أنه لأهميته وخطورته في حياة الفرد يقاوم هذا الانطمار . ومن الصعب على الفرد الكشف عن مفهوم الذات الخاص . ويرى " حامد زهران " أن أي خبرة مهددة في مفهوم الذات الخاص إذا لم تظهر وتكشف للمعالج النفسي وتناقش ويوضع خطة لعلاجها تكون بمثابة عاهة نفسية مستديمة .

بنية الشخصية :

البناء الوظيفي للشخصية : يتكون من مكونات متكاملة ترتبط ارتباطاً وظيفياً قوياً في حالة السواء وهذه المكونات هي مكونات جسمية طول ووزن . ... ومكونات عقلية معرفية ذكاء , حفظ , تذكر ومكونات انفعالية حب وكره. ومكونات اجتماعية تتعلق بالتنشئة الاجتماعية للشخص في الأسرة والمجتمع وجماعة الرفاق .

البناء الدينامي للشخصية : ويوضح القوى المحركة فيها والتي تحدد السلوك . ويتكون البناء الدينامي للشخصية : الشعور واللاشعور وما قبل الشعور . ويتكون البناء الدينامي أيضاً من الهو والأنا الأعلى والأعلى . ويلعب الكبت دوراً هاماً في إبعاد الدوافع والأفكار المؤلمة أو المخزية والمخيفة المؤدية إلى القلق من حيز الشعور إلى حيز اللاشعور حتى تنسى.

تكامل الشخصية :

هو انتظام مكوناتها وظيفياً ودينامياً في بناء متكامل منسجم متوازن سليم الأجزاء متسق العلاقات بين هذه الأجزاء. وتكامل الشخصية شرط ضروري للصحة النفسية والتوافق النفسي, وتتوقف درجة الصحة النفسية والتوافق النفسي من ناحية أو المرض النفسي أو سوء التوافق النفسي من ناحية أخرى على درجة التكامل الوظيفي والدينامي أو درجة عدم التكامل .

العوامل المؤثرة في تكوين الشخصية :

- العوامل الحيوية . تؤثر وظائف الأعضاء في نمو الشخصية .
- الجهاز العصبي .
- البيئة .

- الوراثة والبيئة .
- النضج .
- التعلم . عملية لازمة لنمو الشخصية .
- النضج والتعلم . لا نمو بلا نضج ولا نضج بلا تعلم .
- الثقافة .
- الأسرة .
- المدرسة .
- جماعة الرفاق .
- وسائل الإعلام .
- دور العبادة .
- الأدوار الاجتماعية .

وبالرغم من الثبات النسبي لشخصية الفرد فإنها تتغير إما عن غير قصد وهذا هو التغير وإما عن قصد وهذا هو التغيير ويحدث تغير الشخصية وعن غير قصد بالنمو خلال مراحل النمو المتتالية عبر الطفولة والمراهقة التي يمر بها الفرد إلى أن تصل إلى مرحلة النضج . و اما تغيير الشخصية عن قصد فيقوم على أساس أن معظم مكوناتها وسماتها مكتسبة متعلمة, وقد تكون عادية سوية تؤدي إلى التكامل والسواء والصحة النفسية والتوافق النفسي .

الجهاز العصبي:

هو الجهاز الحيوي الرئيسي الذي يسيطر على أجهزة الجسم الأخرى برسائل عصبية خاصة تنقل الإحساسات المختلفة (المثيرات) الداخلية والخارجية ويستجيب لها في أعضاء الجسم , مما يؤدي إلى تكييف نشاط الجسم ومواءمته لوظائفه المختلفة الإرادية واللاإرادية الضرورية للحياة بانتظام وتكامل . وبفضل الجهاز العصبي يستطيع الجسم أن يتفاعل بيئته الداخلية والخارجية . ووحدة النسيج العصبي هي الخلية العصبية ومحورها وتشعباتها . ينقسم الجهاز العصبي إلى :

- الجهاز العصبي المركزي , ويشمل :
- المخ : المقدمي , والمتوسط , والمؤخري .
- الحبل الشوكي : الأعصاب الشوكية وعددها 31 زوجاً .

- الجهاز العصبي الذاتي التلقائي, ويشمل : الجهاز التعاطفي السمبتي, والجهاز نظير التعاطفي نظير السمبتي .

وظائف الجهاز العصبي :

السيطرة على أجهزة الجسم الأخرى . وربط الجسم بالبيئة الخارجية . ويقوم بوظيفة حسية ووظيفة حركية تتم فيه العمليات العقلية العليا . والجهاز العصبي هو الذي يصدر عنه السلوك السوي واللاسوي ومن ثم أهميته بالنسبة لنا .

النسيج العصبي :

العصبة : هي وحدة النسيج العصبي , وتضم الخلية العصبية وتشعباتها ومحورها والخلية العصبية هي الخلية الأساسية في الجهاز العصبي , وهي أكبر من باقي خلايا الجسم , ولها نواة كروية ولها نوية وبها حبيبات للتغذية . ولها تشعبات شجيرات توصل النبضات العصبية إلى الخلية . والخلايا العصبية لا يتصل بعضها ببعض اتصالاً مباشراً . وإنما يتم اتصالها عن طريق محور الخلية .

الأعصاب : تتكون من حزمة محاور وألياف عصبية , وهي كأسلاك توصل الإشارات بين المخ والحبل الشوكي والجهاز العصبي الذاتي من جهة وبين أجزاء الجسم من جهة أخرى . وهي ترى بالعين المجردة . بيضاء اللون . واكبر عصب و عصب النسأ وهو أطول أعصاب الجسم حيث يمتد من الحبل الشوكي على طول الفخذ والساق من الأعصاب . ووظيفة الأعصاب هي حمل الإشارات العصبية في اتجاهين يحددان تسميتها : مستقبلة (موردة (حسية : تستقبل المثيرات الحسية الخارجية إلى الجهاز العصبي المركزي في المخ والحبل الشوكي . مرسلة (مصدرة (حركية : ترسل الأوامر العصبية الحركية من الجهاز العصبي المركزي في المخ والحبل الشوكي إلى العضلات وغيرها متوسطة (موصلة) مشتركة حسية وحركية : توصل الإشارات العصبية في الاتجاهين ولكن في ألياف منفصلة . والخلية العصبية لا تعوض إذا تعرضت للتلف ولذلك فالمخ مكنون في الجمجمة والحبل الشوكي مستكن في العمود الفقري .

أقسام الجهاز العصبي :

الجهاز العصبي المركزي ويشمل :

المخ : وهو الجزء العلوي الأكبر والأهم في الجهاز العصبي , ويوجد داخل الجمجمة ووزنه حوالي 1250 1350 –جم . ويتصل عند قاعدته بالحبل الشوكي . ويحيط بالمخ ثلاثة أغشية (سحايا) لحمايته وتغذيته , وهي من الداخل إلى

الخارج : الأم الحنون : وهي رقيقة ومتصلة بالسطح الخارجي للمخ والمخيخ . الأم العنكبوتية : وهي تبطن الأم الجافية . والأم الجافية : وهي سميكة ومتينة سطحية تبطن عظام الجمجمة مباشرة . والحيز بين الأم الحنون والأم العنكبوتية يملؤه السائل المخي الشوكي . وويتركب المخ من جزءين هما القشرة وتسمى المادة الرمادية وعمقها بضع طبقات, وتشمل خلايا عصبية, وهي الجزء الأساسي في المخ , واللب ويسمى المادة البيضاء في الجزء الداخلي من المخ . وتشمل ألياقاً ومحاور عصبية مستقبلة ومرسلة ومشتركة . ويتكون المخ المؤخري من القنطرة والنخاع المستطيل والمخيخ, وأعصاب المخ وتنقسم حسب وظيفتها إلى : ثلاثة للحساسية الخاصة . الشمي , والبصري , والسمعي وثلاثة محركة للعين . العصب المحرك للعين , العصب الاستعطافي , العصب المبعد , وثلاثة حسية حركية ؛ التوأمي, واللساني البلعومي, والمتجول أو الحائر أو الرئوي المعدي . وثلاثة للتعبير . العصب الوجهي, والإضافي أو المساعد, والعصب تحت اللسان .

الحبل الشوكي او النخاع الشوكي :

يوجد الحبل الشوكي داخل العمود الفقري وطوله 45 سم وقطره 1,5 سم للراشد . ويمتد من قاعدة الجمجمة إلى أسفل الظهر . ويحيط به الأغشية الثلاثة السحايا . ووظيفة الحبل الشوكي : أنه مركز توصيل التيارات العصبية من المخ وإليه . كما أنه مركز الانعكاسات العصبية . وتتفرع الأعصاب الشوكية من الحبل الشوكي وتتوزع على جميع أجزاء الجسم . وهي تخرج من الثقوب التي بين الفقرات وعددها 31 زوجاً 8 عنقية 12 صدرية 5 قطنية 5 عجزية 1 عصعصي , ويمكن فحص الأعصاب الشوكية عن طريق جس المناطق التي تتصل بها في جسم الإنسان .

الجهاز العصبي الذاتي : هو جهاز مستقل يعمل ذاتياً أو لا شعورياً, ولكنه يتصل بالجهاز العصبي المركزي عن طريق العصب المخي العاشر وأعصاب موصلة بالحبل الشوكي, ووظيفته القيام على أمن الجسم تلقائياً . وينقسم إلى جهازين فرعيين :

الجهاز التعاطفي السمبتي : وهو على شكل حبل مسبحي سلسلة على كل ناحية من العمود الفقري . بالإضافة إلى عدد من العقد والضفائر العصبية تتصل بأعضاء الجسم في الرأس والعنق وتجويف الصدر وتجويف البطن والحوض, وعمل هذا الجهاز أنه ينشط أو ينبه عمل أجهزة الجسم التي يسيطر عليها .

الجهاز نظير التعاطفي غير السمبتي : ينشأ من منطقتين إحداهما علوية في المخ المتوسط والنخاع المستطيل والآخر في المنطقة العجزية , وعمله أنه يثبط أو يكف وينظم عمل أجهزة الجسم التي يسيطر عليها . فكلا الجهازين مكمل للآخر.

الصحة النفسية والعلاج النفسي بين الماضي والحاضر والمستقبل

عرف الانسان الأمراض النفسية والعقلية منذ القدم, فهي قديمة قدم الإنسان, وتطور الصحة النفسية يمر بتاريخ طويل يصل إلى حوالي 5000 عام . ففي العصور القديمة وجدت مفاهيم عن الأمراض النفسية والعقلية في الحضارة المصرية والبابلية والصينية والهندية والسومرية منذ حوالي 3000 سنة كان الاعتقاد السائد أن الأمراض النفسية والعقلية ترجع إلى قوى خارجية وأن سببها مس الجن وتأثير الأرواح الشريرة حيث كان المريض النفسي يعزل حتى لا يؤذي نفسه والآخرين . و "أمنحتب " أول طبيب في مصر عالج المجانين على أنهم مرضى عقليين . وكان هدفه أن يعود السلام إلى حياتهم . وفي مصر أول من ميزوا المرض النفسي ووصفوه وكتبوه على أوراق البردي قبل 1500 سنة . ومع تقدم الحضارة ظهرت جزيرة العقل والفلسفة العقلية في زمن الحضارة اليونانية الرومانية . قال أبو قراط أن المخ هو عضو العقل ويتركز فيه النشاط العقلي . وان المرض العقلي ينتج عن مرض المخ . وقدم نظرية الخلاط الأربعة الدم والصفراء والبلغم والسوداء . وفي الهند قدم " شاركا " نظرية مماثلة عن أخلاط ثلاثة . وناقش أفلاطون العقل والكائن البشري. ولعل كتاب أفلاطون الجمهورية أول مرجع في معاملة المريض العقلي, وبعد ذلك نشأ أول مستشفى للأمراض العقلية في سنة 490 بعد الميلاد. وفي العصور الوسطى حدثت نكسة وعاد الفكر الخرافي والخزعبلات وانتشرت الشعوذة. قام رجال الدين بمعالجات تحت مسمى العلاج الديني أو الأخلاقي . ولم يخل الحال من ربط المريض وضربه وتجويعه لإعادة الذاكرة له . وفي العصر الحديث عصر النهضة العلمية منذ أن قامت الثورة الفرنسية سنة 1789 . بدأ الاهتمام بالنظرة الإنسانية للمرضى وأقيمت المستشفيات . وزاد التقدم وظهرت أشكال جديدة من العلاج مثل: المنطل البارد والحمامات الساخنة, وما زالت تستعمل حتى الآن. وكان من بين قادة الاتجاه الحديث " فيليب بينيل " في فرنسا و " ويليام تيوك " في انجلترا و " روش " في أمريكا. اهتم روش بالدراسة العلمية لعلاج المرض العقلي, وظهرت أول مجلة

علمية تخصصت في الأمراض النفسية سنة 1805. وبدأ تدريس الأمراض النفسـية في شـكل محـاضرات, و "كرابيلين " يعتبره البعض أبو الطب النفسي الحديث , وصف المرض العقلي وحدد أسبابه وأدخـل علـم النفس الفسيولوجي وأكد ضرورة مرض معين فحسب . وصف الذهان والهوس والاكتئـاب, وازدهـر علـم الأعصاب. وزاد الاهتمام بالصحة النفسية, وتطورت أساليب العـلاج النفسيـ وتطـورت وتوالـت البحـوث والدراسات الطبية والنفسية في الصحة النفسية.

الفصل الثاني

أسباب الأمراض النفسية

الفصل الثاني

أسباب الأمراض النفسية

تعدد وتفاعل الأسباب المسببة للامراض النفسية, حبث انه لكل شيء سبب, ولا شيء يأتي من لا شيء, ومن المبادئ الرئيسية في أسباب الأمراض النفسية مبدأ تفاعل الأسباب, وتتعدد الأسباب إلى الحد الذي قد يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى أثر كل منها . وتتلخص أسباب الأمراض النفسية نتيجة تفاعل قوى كثيرة ومتعددة ومعقدة, داخلية في الإنسان(جسمية ونفسية), وخارجية في البيئة مادية واجتماعية. وتنقسم أسباب الأمراض النفسية إلى :

الأسباب الأصلية أو المهيئة: وهي الأسباب غير المباشرة التي تهدد حدوث المرض . وهي التي ترشح الفرد وتجعله عرضه لظهور المرض النفسي إذا ما طرأ سبب مساعد أو مرسب يعجل بظهور المرض في تربة أعدتها الأسباب الأصلية أو المهيئة . والأسباب الأصلية أو المهيئة متعددة ومختلفة وربما استمر تأثيرها على الفرد عدة سنوات مثل العيوب الوراثية والاضطرابات الجسمية والخبرات الأليمة خاصة في مرحلة الطفولة, وانهيار الوضع الاجتماعي .

الأسباب المساعدة أو المرسبة: وهي الأسباب المباشرة والأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسي- مباشرة والتي تعجل من ظهوره, ويلزم لها لكي تؤثر في الفرد أن يكون مهيأ للمرض النفسي, أي أن السبب المساعد يكون دائماً بمثابة القشة التي قصمت ظهر البعير. والأسباب المساعدة أو المرسبة تندلع في أثرها أعراض المرض, أي أنها تفجر المرض ولا تخلقه, كالأزمات الاقتصادية والصدمات الانفعالية .

الأسباب الحيوية البيولوجية: وهي الأسباب الجسمية المنشأ أو العضوية التي تطرأ في تاريخ نمو الفرد .مثل الاضطرابات الفسيولوجية وعيوب الوراثة ونمط البنية وعوامل النقص العضوي .

الأسباب النفسية: وهي أسباب ذات أصل ومنشأ نفسي, وتتعلق بالنمو النفسي- المضطرب خاصة في الطفولة وعدم إشباع الحاجات الضرورية للفرد واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية . ومن أهم الأسباب النفسية الصراع والإحباط والحرمان والعدوان وحيل الدفاع (غير التوافقية) والخبرات السيئة

والصادمة وعدم النضج النفسي والعادات غير الصحية والإصابة السابقة بالمرض النفسي .

الأسباب البيئية الخارجية: وهي الأسباب التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الاجتماعي . مثل اضطراب العوامل الحضارية والثقافية واضطراب التنشئة الاجتماعية في الأسرة والمدرسة وفي المجتمع .

ويلاحظ أن الأسباب الأصلية أو المهيئة والأسباب المساعدة أو المرسبة تتضافر كي تظهر أعراض المرض, وأهمها يسمى السبب الرئيسي . وأن العلاقة بين أسباب المرض النفسي تكاد تكون علاقة تفاضل وتكامل . وأن الأسباب التي قد تؤدي إلى انهيار شخصية فرد قد تؤدي هي نفسها إلى صقل شخصية فرد آخر, وفي تحديد أسباب وتشخيص المرض النفسي يجب ألا نبالغ في مجموعة من الأسباب على حساب الأخرى . وان معرفة الأسباب بدقة تساعد في إزالتها وتجعل التنبؤ بالعلاج محتملاً جداً .

الأسباب الحيوية والاضطرابات الوراثية: والوراثة معناها الانتقال الحيوي البيولوجي من خلال المورثات الجينات من الوالدين إلى الأولاد في لحظة الحمل, وأهم ما يتأثر بالوراثة التكوينات الجسمية مثل الطول والوزن, وتقوم الوراثة بدور ظاهر كسبب مهيئ للأمراض النفسية ولكنها لا تعمل وحدها بل تدعم البيئة أثر الوراثة في إنتاج المرض, والوراثة ليست قوة مستقلة عن البيئة أو قوة تضاف إليها بل تتفاعل معها تؤثر فيها وتتأثر بها . والعامل الوراثي يزود الفرد باستعداد قد تظهره البيئة أو تعوقه عن الظهور . ومن الأمراض التي تؤثر الوراثة فيها عمى الألوان, ومرض خوريا هنتينجتون, والعته العائلي الكامن . وهناك بعض الأمراض التي يحتمل أن يكون للوراثة دوراً فيها مثل الفصام, والهوس, والاكتئاب, والضعف العقلي, والصرع .

الاضطرابات الفسيولوجية :

قد تغلب الأسباب الفسيولوجية وتسود ويكون تأثيرها مباشراً , وبذلك يسمى الاضطراب النفسي- الفسيولوجي أو عضوي المنشأ . ومن أهم الأسباب الفسيولوجية ما يلي خلل أجهزة الجسم والتغير الفسيولوجي في مراحل النمو المختلفة وأهم مظاهره البلوغ الجنسي- . والزواج والحالة الزواجية و الحمل والولادة. وسن التقاعد والشيخوخة .

اضطرابات البنية التكوين: والبنية هي البناء الحيوي (البيولوجي) للفرد

وهي عبارة عن المعادلـة النفسـية الجسـمية للتنظـيم الفـردي . وتشـمل الخصـائص الفطريـة للفـرد وخبراته البيئية المبكرة قبل الولادة وأثناءها وبعدها مباشرة وتتأثر البنية أو التكوين بالوراثة وتعدل عن طريق المؤثرات البيئية في مسار النمو . ولا ينفرد التكوين في تسبيب المرض النفسي بـل يشـترك مـع غـيره من العوامل المسببة المهيئة والمرسبة .

الأسباب التكوينية الأساسية :

اضطراب النمط الجسمي : فالنمط الجسمي يرتبط بـالمزاج الـذي يكـون أسـاس الشخصـية في الصـحة والمرض . ويلاحظ أن معرفة النمط والتكوين الجسمي يساعد في تشخيص المرض وفي توجيـه المـريض وفي أنواع كثيرة من العلاج الطبيعي والرياضي والاجتماعي .

اضطراب المزاج : والمزاج هو التكوين الموروث في الشخصية الذي يستمر طول الحيـاة . وهـو يشـير إلى خواص الشخص العاطفية التي يتسم بها سلوكه . وبعض أنماط المزاج تجعل الفرد أكثر ميلاً إلى الحساسية الزائدة مما قد يحد من قدراته على تحمل الضغوط ويهيئه لأن يتجه نحو المرض النفسي .

اضطراب الغدد : وجهاز الغدد له أهمية كبيرة في تنظيم النمو ووظـائف الجسـم . وللغـدد وإفرازاتهـا تأثيرها الواضح في عملية النمو . والغدد بنوعيها القنوية واللاقنوية والتوازن في إفرازتها يجعـل مـن الفـرد شخصاً سليماً نشطاً ويؤثر تأثيراً حسناً على جهازه العصبي وعلى سلوكه بصفة عامة . وتـؤدي اضـطرابات الغدد إلى المرض النفسي وردود الفعـل السـلوكية المرضـية . ويزيـد اضـطرابات الغـدد في حـدة السـمات النفسـية العاديـة للفـرد . واضـطرابات الغـدد تحـدث اضـطراباً حيويـاً وتشـوهاً جسـمياً مـما يسـبب الاضطرابات النفسية مثل شعور الفرد بالنقص والإحباط.

العوامل العضوية ومن أهم العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية :

الأمراض . والتسمم . والإصابات . والعاهات والعيوب والتشـوهات الجسـمية واسـباب حيويـة أخـرى, ومراحل السن الحرجة و الحساسة, وظروف العمل القاسية.

الأسباب النفسية

الصراع : وهو العمل المتزامن أو المتوافق للدوافع أو الرغبات المتعارضة أو المتبادلة . وينتج عن وجـود حاجتين لا يمكن إشباعهما في وقت واحد . ويؤدي إلى

التوتر الانفعالي والقلق واضطراب الشخصية . ويتضح الصراع في تجنب الواقع ضد مواجهة الواقع, والاعتماد على الغير ضد الاعتماد على النفس , والخوف ضد الشجاعة , ومن أنواع الصراع :

صراع الإقدام : وهو صراع الرغبة أو الاقتراب, وينشأ عن وجود موقفين جذابين والإقدام على أحدهما يتضمن الإحجام عن الآخر مثل فتاة تختار بين الزواج أو العمل.

صراع الإحجام : وهو صراع الرهبة أو الاجتناب , وينشأ عن وجود موقفين منفرين والإحجام عن أحدهما يتضمن الإقدام على الآخر مثل : موظف بين ناري الإفلاس أو الاختلاس .

صراع الإقدام والإحجام : وهو صراع الرغبة والرهبة أو الاقتراب والاجتناب, وينشأ عن وجود موقف له جانبان أحدهما جذاب والآخر منفر مثل رجل يريد الزواج من حسناء سمعتها سيئة .

صراعات أخرى : الصراع بين الأنا والهو, وبين الأنا والأنا الأعلى, الصراع بين الضوابط والدوافع .

الإحباط : والإحباط هو العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو تحقيق أهدافه أو توقع وجود هذا العائق مستقبلاً . والإحباط حالة تعاق فيها الرغبات الأساسية أو الحوافز أو المصالح الخاصة بالفرد أو اعتقاد الفرد أن تحقيق هذه الرغبات والحوافز أو المصالح صار مستحيلاً . وتختلف الاستجابة للإحباط من شخص لآخر . وأقسام الإحباط هي؛ الإحباط الداخلي الشخصي وينبع من صفات الفرد الداخلية مثل وجود أمراض عاهات, أو ضعف الثقة في الذات . والإحباط الخارجي البيئي وينبع من البيئة الخارجية المحيطة بالفرد مثل الفقر . والإحباط التام وينتج عن وجود عائق منيع يحول دون الوصول إلى الهدف وعدم إشباع الدافع وحدوث التوتر النفسي . والإحباط الجزئي وينتج عن وجود عائق يحول دون الإشباع الكامل للدوافع ويؤدي فقط إلى إشباع جزئي وتخفيف جزئي للتوتر .

الحرمان : وهو انعدام الفرصة لتحقيق الدافع أو إشباع الحاجة أو انتفاؤها بعد وجودها . ومن أمثلته الحرمان الحيوي البيولوجي, الحرمان النفسي المبكر.

إخفاق حيل الدفاع النفسية : وهي وسائل وأساليب لا شعورية وهدفها تجنيب الفرد حالة التوتر والقلق الناتجة عن الإحباطات والصراعات والحرمان . وفي حالة

اللجوء إلى حيل الدفاع غير السوية العنيفة كالنكوص والعدوان والإسقاط فإن سلوك الفرد يظهر مرضياً .

الخبرات السيئة أو الصادمة : وهي موقف يحرك العوامل الساكنة ويستفز ما لدى الفرد من عقد وانفعالات ودوافع مكبوتة . ويقال أن كل مرض نفسي هو مأساة كتبت فكرتها في الطفولة بيد الوالدين , ثم يقوم الفرد الضحية بتمثيلها في عهد الكبر . والخبرات الصادمة الأليمة في الطفولة تؤدي إلى الحساسية النفسية لمواقف الإحباط والنقد فيستجيب الفرد لها استجابات شاذة . ومن أمثلة الخبرات الصادمة موت والد أو أخ أو انفصال مفاجئ عن الوالدين . وعلى سبيل المثال تبدو أعراض المرض النفسي الناجم عن صدمات الحروب في ظهور الأفعال والحركات اللاإرادية التي تصدر عن أعضاء الجسم, وحركات اليدين أو الرجلين أو الكتفين أو العينين أو الفم والأسنان والأصابع، والنهوض مفزوعًا من النوم، وقلة الشهية للطعام، وتفضيله الابتعاد عن الناس واللجوء للصمت والرغبة في البكاء، والكثير من هؤلاء الأطفال تكون عواطفه جامدة وعلاقته بإخوته غير قوية، ويميل للمشاحنات مع زملائه، ويكون أكثر عنفًا أثناء اللعب، ولديه رغبة في تدمير الأشياء وتخريبها. كما يتعرض الطلاب المصدومين لتأخر دراسي وظهور مشكلات دراسية مثل التمارض عند الذهاب للمدرسة، والصعوبة في التركيز، صعوبة بعض المواد، عدم الاستجابة بطريقة مناسبة للمديح والثناء، تشتت الأفكار أثناء الدرس، وانخفاض مستوى التحصيل عن ذي قبل، وفي جميع هذه الحالات تجب متابعة هؤلاء الأطفال ووضع برنامج علاجي لهم مع اختصاصيين في هذا المجال. ولا تقتصر الإصابات على الأطفال المعرضين بشكل مباشر للصدمة, إذ أن الضغوط الاقتصادية والاجتماعية والنفسية التي يعانيها الوالدين تؤثر تأثيراً كبيراً على الأطفال الذين يعيشون الضغوط التي يقع الآباء تحت وطأتها, كحرمان الأطفال من جميع وسائل الترفيه والتسلية واللعب التي تساهم مساهمة أساسية في تكوين شخصية مستقرة مبدعة, فالحياة تمر بوتيرة محددة قاسية فلا يمكن ارتياد الحدائق والملاعب أو الملاهي أو حتى إمكانية اللعب داخل المنازل.

ومن المعروف أن ضغط ما بعد الصدمة يأخذ بعض الوقت كي تظهر أعراضه حيث يتفاوت بين أسبوع إلى ثلاثين سنة (Kaplan & Sadock 1994) كما تتفاوت شدة ظهور الأعراض ولكنها تبلغ ذروتها في أثناء الخبرة الضاغطة.

وفي دراسة كـل مـن اوهتـين وتوشـياك (Ohtani,& Toshiyuk, 2004) لاستقصـاء الأعـراضَ المعرفيـةَ والجسديةَ للضحايا الـ34، بعد 5 سَنَواتِ من الهجومِ بغاز السارين الذين تعرضوا له في نفـق طوكيـو عـام 1995. تبين استمرار ظهور الأعراضَ المتعلقة بالجانب المعرفيَ لاضطراب ما بعد الصدمة بدرجة عالية عند الضحايا؛ حيث اظهر 11 منهم مستويات عاليـة مـن القلـقِ وضـعفِ الـذاكرةِ الصـورية. وقـد تبـين مـن الدراسات التي أجريت على الحالات النمطية من ضـغط مـا بعـد الصـدمة بـان 30% مـن الحـالات يـتم شفاؤها تماما و 40% تستمر معاناتهم من بعض الأعراض البسيطة، و20% يعـانوا مـن أعـراض متوسـطة الشدة، في حين يبقى 10% كما هم أو تتدهور حالتهم. ولقد وجد بان ظهور الأعـراض بعـد وقـت قصـير من وقوع الحدث (أقل من ستة شهور)، وكفاءة أداء الشخصية قبل المرض، ووجود دعم اجتماعـي جيـد، وأخيرا عدم وجود اضطرابات نفسية أخرى مصاحبة للحالة تعتبر مؤشرات للحصول عـلى نتـائج جيـدة في حالة المعالجة (Kaplan and Sadock 1994) . كما وجـد ايضـا كـل مـن بيرنـت، ورنفلـدت، وكـالهون، وارايس (Bernat, Ronfeldt, Calhoun, & Arias, 1998) في دراستهم على عينـة غـير إكلينيكيـة مـن الطلبة تبلغ (937) . أظهرت النتائج بان 67% من الطلبة مروا على الأقل بحدث واحـد صـادم. كـما تبـين بان الأحداث الصادمة السابقة وخصائص الشخصـية لهـا ارتبـاط بـالأعراض التاليـة للصـدمة. كـما لاحـظ هورواتز Horowitz(1986)، ان العديد من الأفراد الذين تعرضوا لضغوط شـديدة يسـتخدمون الإنكـار، واللامبالاة وتخدر الأعضاء وفقدان الذاكرة أو استراتيجيات انفصالية أخرى مثل تجنـب تـذكر المعلومـات. بينما يعتبر استخدام مثل هذه الاستجابات المعرفية والوجدانية التجنبية نوعا من استجابات التكيف مـن اجل البقاء في وقت الحدث الصادم، فإن استمرار استخدامها بعد الصدمة يعتـبر إسـتراتيجية تجنبيـه غـير تكيفيه تعيق او تؤخر المعالجة الانفعالية الناجحــــة.

هذا ويعـرف اضـطراب ضـغط مـا بعـد الصـدمة Post-traumatic Stress Disorder(PTSD) بانـه مصطلح معقد وقد أثار الكثير مـن المناقشـات، حيـث عرفـت الصـدمة في الـدليل التشخيصي للجمعيـة الأمريكية النسخة الثالثة(DSM-111) بأنه حدث خـارج عـن المـألوف او الطبيعـة والـذي مـن شـانه ان يسبب درجة عالية من الضغط النفسي عـلى الفـرد (American Psychiatric Association, 1987))، الا ان الدليل التشخيصي النسخة الرابعة (DSM-IV)

أشار الى تفصيل أكثر وضوحا فيما يتعلق بتعريف الاضطراب، حيث حدد ان الأفراد الذين شهدوا او عايشوا او واجهوا حدثا او أحداثا تشمل على موت او جرح خطير حقيقي، او مهددا للسلامة البدنية للفرد او لأشخاص آخرين تظهر لديهم أعراض تالية للصدمة. وتظهر بعض هذه الأعراض في الجوانب التالية؛ اضطرابات في النوم والتركيز، ومحاولات التجنب بشكل ملحوظ لكل ما من شأنه ان يثير أي ذكريات لها علاقة بالصدمة كالأماكن والأنشطة والأشخاص، بالإضافة الى الإحساس بإعادة معايشة الصدمة من خلال صور ذهنية متكررة او أفكار او أحلام او نوبات ارتجاعية (American Psychiatric Association, 1994).

العادات غير الصحية : العادات الجسمية غير الصحية كما في المشي والكلام , عدم تحمل المسئولية , ضعف سلطان الإرادة .

الإصابة السابقة بالمرض النفسي: تترك المريض بعد شفائه عرضة للنكسة أو الإصابة مرة أخرى إلا إذا عولج علاجاً طويلاً هادفاً وقائياً .

أسباب نفسية أخرى : كالتناقض الوجداني الحب والكراهية, التحرر النفسي والشعور بالذنب .

الضغوط النفسية : بسبب المنافسة ومطالب التربية والتعليم ومطالب الزواج .

الإعداد غير الكافي : للمراهقة أو الرشد أو الشيخوخة جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً .

الإطار المرجعي الخاطئ : بخصوص الحقيقة والقيم والأفكار الخرافية .

مفهوم الذات السالب : يؤدي إلى القلق والعصاب والتوتر والانسحاب وصعوبة إقامة الصداقات .

وهناك اسباب اخرى للامراض النفسية كالأسباب البيئية وعوامل البيئة الاجتماعية, وضغوط البيئة الاجتماعية وجموح التغير الاجتماعي وسرعة التغير الاجتماعي والعوامل الحضارية والثقافية, وهي تمثل عوامل هامة في إنتاج المرض النفسي, وكذلك الثقافة المريضة حيث تسود فيها عوامل الهدم مما يولد الإحباط, عدم مجاراة الفرد للمستوى الثقافي السائد والاتجاهات الجديدة كما ان التطور الحضري السريع وعدم توافر القدرة النفسية على التوافق معه, والخوف من الوقوع تحت طائلة المسئوليات الاجتماعية والتصادم بين الثقافات حيث يشاهد بعض التناقض بين الثقافات الشرقية والغربية وبين ثقافات الدول

المتقدمة والدول النامية والجديد في الثقافة الواحدة وعملية التنشئة الاجتماعية وهي عملية تعلم وتعليم وتربية تؤدي إلى تشكيل السلوك الاجتماعي وإدخال ثقافة المجتمع في بناء شخصيته وتحوله من كائن حيوي بيولوجي إلى كائن اجتماعي وتكسبه صفة الإنسانية والتنشئة الاجتماعية غير السوية تخلق إحباطات وتوترات لدى الفرد ومن أمثلة تلك الإحباطات الاضطرابات في الأسرة بين الوالدين , الطفل, الوالدان والطفل, الطفل والإخوة, الطفل والأسرة, والأعمال المنزلية الشاقة, والعدوان وسوء التوافق في المدرسة وبين الأسرة والمدرسة ونقص الإرشاد التربوي, وسوء التوافق في المجتمع كالصراعات, وعدم الأمن ومشكلات الجماعة, والصحبة السيئة, ومشكلات الأقليات, وسوء التوافق المهني وسوء الأحوال الاقتصادية, وتدهور نظام القيم وتصارع القيم بين الثقافات المختلفة, وتصارع القيم بين جيل جديد وجيل قديم, والفروق بين القيم المثالية والواقع, والكوارث الاجتماعية, والحروب, والضلال والبعد عن الدين .

اسباب نفسية ناتجة عن التفكك والاضطراب النفسي الأسري:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل في حياة الفرد فالاهتمام بمستقبل الطفل هو في الواقع ضمان لمستقبلهم ، فالطفل هو الثروة الحقيقية وأمل الغد. وان المشاكل التي ربما يتعرض لها الطفل في اسرته من نبذ وقهر واضطهاد حيث يؤكد علماء النفس دائما على إن أسباب الاضطرابات النفسية لدى الأطفال، هو خلل في المعاملة مع الطفل وأن الأطفال الذين تساء معاملتهم، هم دائما ضحايا للاضطراب النفسي والانحراف. و أن الأسرة تعتبر بمثابة النواة الأولى والقالب الاجتماعي الأول التي تنمي شخصية الطفل الراشد في المجتمع وتساعده على تشكيل شخصيته بصفة عامة. وان للأسرة دوراً هاماً وفعالاً في بناء شخصية الطفل، فإذا ما اضطربت وتفككت الأسرة كان لهذا الاضطراب والتفكك الأثر السلبي على شخصية الطفل.

الأسرة والصحة النفسية للطفل:

لقد ثبت لدى الباحثين تأثير السنوات الأولى من العمر في باقي حياة الإنسان وقد وجد أنه إذا ما لبيت حاجات ورغبات الطفل في الأشهر الأولى إلى الطعام والراحة والمحبة وغير ذلك أن يكون حظه في حياة مستقبلية سعيدة . وإن الأنماط السلوكية الأسرية تحدد ما سوف يفعله الوليد البشري في مقتبل حياته أو ما يستطيع أن يفعله لكي يحصل على الإشباع والرضا على ذلك في الأسرة التي

تكوّن وتنمي شخصيته. ومن القواعد المتفق عليها الآن أن أول أساس لصحة النفس إنما يستمد من العلاقة الحارة الوثيقة الدائمة التي تربط الطفل بأمه أو من يقوم مقامها بصفة دائمة وان أي حالة تحرم الطفل من حنان الأم تظهر أثاره في تعطيل النمو الجسمي والذهني، والاجتماعي وفي اضطراب النمو النفسي. فالحب الذي يمنحهُ الأبوين لطفلهما يعتبر في حياة الطفل غذاءً ضرورياً في نموه النفسي، هذا الغذاء لا يقل أهمية عن غذائه الجسدي. ويؤكد التحليل النفسي التأثير المباشر للعوامل البيئية وخاصة تأثير الآباء في التعايش هذا يمكن أن نسميه الوراثة السيكولوجية. أن الأعراض المرضية في الأطفال له رد فعل طبيعي لسلوك الآباء والمربين، انه لا يوجد في حقيقة الأمر أطفال مشكلون وأنما يوجد آباء مشكلون. وأن الجو الأسرى والاتجاهات الوالديه، والعلاقات بين الأخوة لها أثرها على التكوين النفسي للطفل.

وعندما تفشل الأسرة في توفير المناخ الذي يساعد على تعليم أفرادها كيف يحققون التوازن بين الحاجات الإتصالية بالآخرين والحاجات الاستقلالية عنهم فإن الباب يكون مفتوحاً لمختلف صور الاتصال الخاطئ، والذي ينتهي باضطراب جو الأسرة وتحويلها لبؤرة مولّدة للاضطراب، بل وإصابة بعض أفرادها بالاضطراب الواضح الصريح. ومما تقدم نلاحظ الأهمية البالغة للأسرة وتأثيرها على نشأة الطفل، وما يترتب عليه من اضطرابات نفسية.

الاضطرابات النفسية الناجمة عن التفكك والاضطراب الأسري:

ومن أسباب التفكك الأسري هناك عوامل كثيرة منها:

- صراع الأدوار بين الزوجين وعدم التوفيق فيما بينهما.
- الاضطرابات الشخصية التي يعاني منها أحد الزوجين أو كلاهما .
- الخلافات والمشاحنات وسوء التوافق الزوجي.
- المشكلات الاقتصادية التي تنشأ نتيجة عدم كفاية موارد الأسرة للوفاء بالتزاماتها .
- وفاة أحد الوالدين أو غيابه المتصل أو الموقت.

ويؤدي الاضطراب والتفكك الأسري إلى عواقب وخيمة على نمو الطفل وصحته النفسية؛ فالتفكك الأسري وتصدع العلاقات بين الوالدين ومشكلاتهم النفسية وما يصاحب ذلك كله من عدم احترام وتحقير كل طرف منهما للآخر، واللامبالاة والعداوة وما يترتب عليهما من مشاعر تعاسة وألم وقلق يعوق النمو

الانفعالي والاجتماعي لدى الطفل، ويضعف من ثقته بأسرته ووالديه ، كما يجعله أنانياً عاجزاً عن تبادل مشاعر الحب مع الآخرين ويفقده الانتماء ، وربما دفعه إلى أشكال مختلفة من الانحراف والسلوك العدواني والمرض النفسي. وقد كشفت الدراسات العربية والأجنبية الآثار السلبية لاضطراب البيئات الأسرية والتصدع الأسري على سلوك الأطفال، إذ تبين أن الأطفال الذين ينشؤون داخل الجو الأسري غير المستقر يعانون من مشكلات انفعالية وسلوكية واجتماعية. فالتفكك الأسري يلعب دوراً جوهرياً وحاسماً في ظهور الاضطرابات النفسية لدى الأطفال فالشد والتوتر وضغوط الحياة اليومية التي يعاني منها الآباء والأمهات تنعكس على الأطفال ، وقد تبين إن الأطفال الذين يعانون من ارتفاع الاكتئاب غالباً ما يعلنون عن رغبتهم في الانتحار وبدراسة الأوضاع الأسرية تبين أن هذه الأسر تعاني من الاضطرابات الأسرية مثل الانفصال الأسري والعدوان سواءً اللفظي أو الجسدي.

كما كشفت بعض الدراسات عن وجود علاقة موجبة بين التوتر في العلاقات الوالدية وكلاً من القلق، والإكتئاب، ومشكلات الأطفال، وبين نقصان الترابط الأسري وكل من المشكلات السلوكية لدى الأطفال كالعدوان ، واضطرابات الكلام، والخجل والقلق والتأخر في النمو. وان أهم الآثار السلبية للطلاق على النمو النفسي للطفل تكوين مفهوم الذات السلبي، ومفهوم الوالدين السيئ ، مما يؤدي إلى اختلاف نمو الشخصية ، وضعف الثقة في النفس وفي الناس ، وإلى سيطرة مشاعر القلق والتوجس وعدم الكفاءة ، وانخفاض مستوى الطموح، وقلة الرغبة في العمل والإنجاز ، وضعف التحصيل الدراسي. وقد وجد الباحثون في الانحرافات والأمراض النفسية أن نقص العلاقات الأولية المبكرة مسؤول عن كثير من الشخصيات السكوباتية . وإن كل الإنفصالات الرديكالية تفرض الحزن والاكتئاب عندما يكون الطفل ضحية الآباء الذين تساءُ معاملتهم، الطفل ينسى الانفصال وينغلق على نفسه في الاكتئاب، ويصبح منحرف وعدواني، وإن الأطفالَ الذين تساء معاملتهم يصبحون في مستقبل حياتهم آباءً سيّء المعاملة. ولا ننسى أيضا المعاناة والآلام النفسية التي يعانيها أطفال المدمنين وما يترتب عليها من خوف، وقلق واكتئاب، وتأخر دراسي وهروب من المدرسة، والتبول اللاإرادي، وتدل الدراسات أن نسبة التصدع في أسر المدمنين يزيد سبعة أضعاف في الأسر الأخرى. وهذه

الاضطرابات تتمثل في السلوك العدواني والنشاط الزائد والقلق والاكتئاب والانحراف والإدمان كما نرى أن التفكك والاضطراب الأسري له دور كبير في أحداث بعض الظواهر السلبية في المجتمع مثل الإدمان والجريمة والانحراف وما ينتج عنها من أمراض وبائية أخرى مثل مرض الإيدز .

ومما تقدم أن التفكك والاضطراب الأسري، له الأثر الكبير في الاضطرابات النفسية، لدى الطفل وما يحدث له من اضطراب في السلوك العام في مرحلة الطفولة وما بعدها، سواء على شكل اضطرابات نفسية، تتمثل في القلق، والاكتئاب، والخوف، أو على شكل اضطرابات سلوكية تتمثل في مص الإصبع ، والتبول اللاإرادي والنشاط الزائد والسلوك العدواني، أو على شكل اضطرابات معرفية من تأخر دراسي، والهروب من المدرسة أو على شكل انحرافات سلوكية.

الوقاية وعلاج الاضطرابات النفسية الناتجة عن هذا التفكك:

ان الأسرة تلعب دوراً فعالاً في النمو السوي لشخصية الطفل، وأن النمو النفسي لأي شخص ينتج عن منظومة الأسرة التي ينتمي إليها ، فالأسرة هي المصدر الأساسي للصحة والمرض. و"ليس هناك خلاف على أن الأسرة هي أكثر العوامل أهميته في تحديد الشخصية. ذلك أن تكويننا الوراثي، ومظهرنا، وأفكارنا، ومشاعرنا، وتصرفاتنا كلها تتأثر بالأسرة التي ولدنا فيها". والأسرة هي المنبع الأساسي الأول الذي يرتشف منها الطفل رحيق الاستقامة أو الاعوجاج، فمن هذا المنطلق نؤكد على الاهتمام بالصحة النفسية للأسرة ،لكي نستطيع أن نبني جيلاً معافاًً من أجل أسرة متوافقة نفسياً, ويمكن تلخص برامج الوقاية وعلاج التفكك والاضطراب الأسري في النقاط التالية:

1. للوقاية من التفكك والاضطراب يتم التأكيد على إقامة البرامج التثقيفية وخاصة الإرشاد الزواجي، قبل الزواج وعند بداية الاختيار, حيث يكون الشاب والفتاة على دراية ونضج انفعالي يتناسب مع تحمل المسئولية في تكوين أسرة سعيدة. والعمل على تثقيف وتوجيه وإرشاد الشباب وتغيير المفاهيم الخاطئة بخصوص الزواج، كالزواج غير الناضج، والعلاقات العاطفية، وكذلك علاج الاضطرابات الأسرية.

2. احترام الوالدين وحبهم لطفلهم يساعده على أن يكون أمناً وبعيداً عن التهديد والوعيد .

3. تقديم الدفء والتقبل للطفل، فإذا تقبل الوالدان الأطفال، فعندها سوف يشعر الأطفال السعادة، والنجاح، وعدم الفشل. إذ أن ذلك التقبل سوف يجعلهم يشعرون بأن لهم قيمة ، وعلى الأباءَ دعم الطفل عاطفياً بدلاً من أن يرفضوه.

4. التربية الأسرية حيث يجب العمل من خلال برامج التربية الأسرية وغيرها من المؤسسات التربوية مثل: دور المساجد، ووسائل الأعلام، على فهم الحياة الأسرية والترغيب في أقامتها. والقيام بالواجب نحوها .

5. العمل على تحقيق التفاهم الأفضل بين كل أعضاء الأسرة، والتخلص من التوتر الإنفعالي الذي يسود الأسرة، وحل الصراعات داخلها .

6. توجيه الخدمات النفسية نحو حل المشكلات، وخاصة مشكلات بين أفراد الأسرة، ويجب العمل على تحسين المناخ الأسري وتدعيم العلاقات الأسرية.

العلاج النفسي:

ان الدراسات والبحوث النفسية ساهمت في تشخيص المشكلات النفسية العصابية وعلاجها،والمشكلات العقلية والسلوكية، والاضطرابات السيكوسوماتيه (أي الاضطرابات النفس - جسدية) وغيرها. ويميل الطب النفسي الى الخروج عن النمط الذي ارساه سيجموند فرويد، في مطلع القرن الماضي، والذي يُعرف باسم «مدرسة التحليل النفسي. وتُعتبر مدرسة «العلاج النفسي السلوكي» من أبرز المناهج التي خالفت منهج فرويد من جهة، واستطاعت ان تُثبت نجاعتها من الجهة الآخرى.

ويرجع العلاج السلوكي الى ما قبل نحو خمسين عاماً، حين نشر الدكتور جوزف ولبي كتابه الشهير «العلاج النفسي بواسطة الكف بالنقيض» عام 1958، وشرح فيه اهم طرق العلاج السلوكية، التي تساعد على فهم آليات بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق والتوتر النفسي والوسواس والمخاوف المرضية والغيرة المرضية والاكتئاب ومحاولات الانتحار والإدمان على التدخين والكحول والمخدرات والانحرافات الجنسية والاضطرابات السلوكية والتبول اللارادي والعادات السيئة لدى الصغار والكبار وغيرها. ويُبيّن ان الفكرة الاساسية عند ولبي تتمثل في مفهوم «الاستجابة الشرطية» Conditioned Response. وقد جاءت تلك الفكرة من روافد عدّة، أهمها ابحاث عالم النفس الاميركي جون واطسون عن الموضوع عينه، والذي تأثر بدوره بالابحاث الشهيرة للعالم الروسي ايفان بافلوف عن رد الفعل (الانعكاس) الشرطي ودوره في

تركيب الجهاز العصبي والنفسي للانسان. وبطبيعة الحال ان ابحاث بافلوف تلك ذائعة الصيت، والتي على اثرها حاز صاحبها جائزة نوبل لعلم وظائف أعضاء الانسان (فيزيولوجيا) في مطلع القرن العشرين أيضاً.

ان اصحاب المنهج السلوكي قدموا تفسيراُ بديلاً من التحليل النفسي الفرويدي، خصوصاً في ما يتصل بنشأة الأمراض العصابية والانحرافات السلوكية، وقد رأوا فيها مجموعة من العادات يتعلمها الإنسان من اجل خفض درجة قلقه وتوتراته او مخاوفه وسواها.

العلاج المعرفي السلوكي

ان المدرسة السلوكية لا تمثّل اتجاهاً واحداً، بل تضم مناهج عدة تجتهد في الاتجاه نفسه تقريباً, فمن المعروف ان ولبي يمثل الاتجاه التقليدي في العلاج السلوكي، الذي يلتزم مفهوم الاشتراط وتشتق منه أفكار أساسية مثل الاستجابة والتثبيط (أي زوال الاستجابة) وغيرهما. وانتقد كثير من علماء النفس وأطباؤه أساليب ولبي السلوكية، اذ رأوا فيها طرقاً شبه آلية، وخصوصاً في اعتمادها مبدأ الثواب والمكافأة والتنفير, وكذلك لاحظوا عوزها الى التعمّق اللازم في شرح الجوانب النفسية والعقلية والإنسانية، التي تمتاز بطبيعتها المُعقّدة. ويعترف ولبي نفسه بأن نظرته الى التنفير، التي تُسمى علمياً «الكف بالنقيض»، تحتاج الى مزيد من التمحيص والتطوير.

ورأى الكثير من المعالجين النفسيين ان ولبي لم يقدم نظرية متكاملة عن تطور السلوك العادي والمُضطرب، وأن قراراته عن العلاج النفسي ناقصة، على اقل تقدير. وكذلك تساءل بعض الباحثين السلوكيين، امثال دافيد بارلو ولاري مكلسون وغيرهما، عن العلاقة بين ما يجري داخل الانسان وخارجه، او بين الأعراض الخارجية والعوامل الداخلية. كما لم يتمكن غالبية الباحثين من نكران اهمية الدوافع الداخلية، مثل معتقدات الفرد ومدركاته وخبراته. وهذا ما ادى الى بزوغ توجهات جديدة في العلاج النفسي السلوكي، وخصوصاً تلك التي تحاول ادماج الجانب المعرفي في العلاج السلوكي.

ويضاف الى ذلك ان بعض الباحثين في مجال العلاج السلوكي امثال بندورا، وبيتش ومورو ولازاروس وغيرهم اعترضوا على صياغات ولبي، واعترفوا بأنهم في العلاج السلوكي يتعاملون مع عمليات نفسية ومعرفية داخلية، وليس مع عمليات سلوكية بحتة. وترافق ذلك مع عناصر أُخرى مُشابهة مثل ظهور نظرية العالم

الاميركي كارل روجرز في العلاج المعتمد على المريض، واعمال الفرنسي جان بياجيه في علم النفس الارتقائي، والكشوف الحديثة في مجال علم النفس العصبي وغيرها. وبطريقة أو بأخرى، اسهمت تلك الامور في نمو الاتجاهات العلاجية التي تهتم بالجانب المعرفي لدى الانسان، والتي تفترض أيضاً وجود أثر للمدركات العقلية وللخبرة والسلوك والتربية والتنشئة والتعليم وأثر الثقافة الاجتماعية والمحيط الأُسري وغيرها.

وباختصار أدّت تلك التطورات الى تقارب اتجاه العلاج السلوكي من الاتجاه التحليلي والمعرفي في العلاج, وهكذا تبلورت تدريجاً مدرسة «العلاج المعرفي السلوكي»، بفعل مساهمات اختصاصيين بارزين مثل تشارلز روتر. اذ وجد العلماء ان لا فارق بين الاستجابة السلوكية والاستجابة المعرفية وذلك بسبب التفاعل بينهما، فالتفكير يولد الانفعالات والسلوك، والاستجابات المعرفية تتدخل على مستوى النشاطات الانسانية كلها وفي انماط العلاج النفسي كلها. ثم ظهرت طريقة ستامفل المسماة «علاج الإغراق» او الغمر(الافاضة) والتي تجعل المريض يتعرض لما يثير مخاوفه.

ويقف هذا العلاج على طرف النقيض من طريقة جوزف ولبي، لأنه يعرض المريض لأكبر مقدار ممكن من الخوف والقلق والتوتر مع التغلب على سلوك الامتناع او التجنب.

وفي سبعينات القرن العشرين، حاول بعض علماء النفس والاطباء تقديم اشتقاقات جديدة من العلاج السلوكي باستخدام ما يسمى «التغذية الراجعة الحيوية» Bio Feed Back او ما يسمى «العلاج النفسي الفسيولوجي». ففي عام 1976 اشار عالم النفس السريري ألبرت أليس الى ما سماه العلاج النفسي العقلاني - الانفعالي. وتعتمد الفكرة الأساسية لهذا الاتجاه في العلاج على مبدأ عدم الفصل بين التفكير العقلاني والجوانب الانفعالية عند الانسان، من جهة، وبين سلوكه من الجهة الأخرى.

الأساليب العلاجية عند الجشطالت:

إن الأساليب التي تستخدمها مدرسة الجشطالت تهدف الى مساعدة المسترشد على اكتساب الوعي، واستخدام الأساليب بشكل ماهر وملائم يجعل المعالجة أهم بكثير من استخدام زائد لها يؤدي إلى معالجة زائفة تمنع النمو وأكثر الأساليب المستعملة هي:

١ـ الآن وكيف : Now and How وهنا يشجع المرشد المسترشد على أن يعـيش مشـكلته الآن ، أي خـلال المقابلة، وليس من الضروري أن يحصل المعالج على تاريخ مرضه، كي لا يسـمح للمسترشـد أن يـتكلم عـن باستخدام الأفعال الماضية والذكريات ٠ بل يشجعه على التحدث عن مشكلاته الآنية(الآن)٠ أمـا كيـف، فهي تعني كيفية وصف الفرد لمشاعره خلال خـبرة معينـة٠ والمهـم هـو شـكل وطريقـة التعبـير، ولـيس المحتوى٠ ودور المعالج هو لفت انتباه المسترشد إلى سـلوكه وأحاسيسـه دون ترجمتهـا أو تفسـيرها٠ وأن ينمي لدى المسترشد الوعي للمواقف غير المنتهية٠ ويحقق المعالج (المرشد) شفاء المسترشـد مـن خـلال الوعي والإدراك٠

٢ـ تحمل المسـؤولية: وهـو هـدف العـلاج الجشـطالتي، ودور المعـالج هنـا هـو تشـجيع المسترشـد عـلى استخدام عبارة لا أريد، حتى يعتبر نفسه المسؤول عما حدث، وأن المبادرة بيده٠ وبـذلك يـدفع المعـالج المسترشد على تحمل مسؤولية مشاعره وسلوكه٠

٣ـ الكرسي الساخن: يستعمل هذا الأسلوب لرفع حالة الوعي الذاتي لدى الفرد٠ ومن فوائد هذا الأسلوب، أنه يعمل على زيادة الوعي عند المسترشد لذاته ومشاعره ويشعره باهتمام الآخرين نحوهـا، ويهـدف إلى تعليمه من خلال المواجهة مع المشاعر الحقيقية٠

٤ـ الكرسي الخالي: وهو الأكثر استخداما، وصمم من أجل مساعدة الفرد على التعامل مع شـخص آخـر، أو بين أجزاء من شخصيته٠ حيث يوضع كرسيان متقابلان يمثل أحدهما المسترشد أو أحد أجزائه، مثـل الأنـا الأعلى، أو الأنا الأسفل٠ ويبدأ الحوار بأن ينتقل المسترشد من كرسي لآخر، وعـلى المعـالج مراقبـة ومعرفـة مدى تقدمه في الحوار٠ ويبدي المعالج ملاحظاته ويرشده عندما يجلس على الكـرسي أو يلفـت نظـره لمـا قيل.

٥ـ عمل الجولات: قد يكون عمل الجولات على شكل سؤال شخصي مثل:بماذا أنـت متـأثر ؟ هـذا السـؤال يساعد المسترشد على الوعي بحالته المزاجية، ومشاعره وأحاسيسه في هذه اللحظة٠ والهدف من ذلك هو أن يكتشـف الفـرد ذاتـه، حيـث أن اكتشـاف الـذات مهمـة يركـز عليهـا المعـالجون الجشـطالتيون٠

٦ـ إجراء حوار بين الأنا العليا والأنا السفلى٠ وقد أخذه بيرلز من اتجاه التحليل النفسي٠

٧ـ التعبير عن مشاعر الاستياء والتقدير: وتهدف هذه الطريقة إلى مساعدة المسترشد في التعبير عن مشاعره التي لم يعبر عنها في جلسات سابقة٠ كما يهدف إلى بيان الجوانب التي يحبها أو يكرهها الآخرون فيه٠

٨ـ لغة الجسم: حيث يشدد الجشطالت على استخدام لغة الجسم، أو التلميحات في مساعدة المسترشد في تعامله مع مشكلته٠

٩ـ تحويل الأسئلة إلى جمل: حيث يتم تحويل السؤال إلى جملة خبرية، مثل قد يقول المسترشد من غير تفكير بأنه يعاني من مشاكل في المدرسة، لأن الآخرين ينظرون إليه على أنه عبقري. و مشكلة الأسئلة عند الجشطالت أنها تحول دون الاتصال الصادق، وتعطي رسائل مختلفة وغامضة٠

١٠ ـ المشاركة في الأحاسيس الداخلية: مثل أنا أحس بكذا، أو أنا أشعر هكذا٠ عندما يطلب من المسترشد عدم تقديم تفسيرات لسلوك الآخرين ٠

١١ـ الأصالة: حيث يتصرف القائد(المعالج) دون مجاملة أو زيف٠

١٢ـ الانسحاب: وأهميته تكمن في أنه يشير إلى التنظيم العضوي للفرد٠ فالفرد يقرر فيما هو يريد أو لا يريد الانسحاب أو أن يبقى على اتصال مع أناس آخرين٠

١٣ـ الدور المعاكس: وذلك لمساعدة المشتركين على فهم السلوك العلني الظاهر٠ فقد يمثل عكس دوافعهم الكامنة٠ وأفضل مثال على ذلك، أن يُطلب من الشخص الخجول جدا لعب دور عارض في موقف جماعي٠

تقويم ونقد نظرية العلاج الجشطالتي :

وجهت إلى نظرية الجشطالت عدد من النقاط التي قد تكون سلبية، أو مواطن ضعف ، ومن تلك النقاط التي وجهت إليها ما يلي:

١ـ تحتاج عملية العلاج الجشطالتي إلى معالج متمرس وخبير بمفاهيم النظرية ودلالاتها، فيكون خلّاق ومبدع وغير مقلد٠

٢ـ دور المعالج كموجه للأسئلة يجعله مصدر قوة، وهذا يمنع الانسجام بين النظرية والممارسة العلاجية، حيث تهدف النظرية إلى التلاقي بين المرشد والمسترشد كشخصين متساويين٠

٣ـ بعض النتائج يفتعلها المعالج الجشطالتي، ولا تصدر بتلقائية عن المسترشد٠ وبذلك فلا يستمع المعالج للمسترشد، بقدر ملاحظة التفاعل اللفظي، وغير اللفظي في الكرسي الخالي٠

4ـ عدم اهتمام الجشطالت بالعوامل المعرفية في شخصية المسترشد بشكل واسع، فتركز على المواجهة والتحدي في الارشاد الجماعي0

5ـ استخدام المواجهة بين أعضاء المجموعة الإرشادية تؤدي إلى صعوبات، بدلا من الألفة المتوقعة من المواجهة، وتقود المجموعة إلى افتعال زائف بدلا من التفاعل التلقائي المقصود من المواجهة في المجموعة.

العلاج الروحي في الاسلام:

نستحضر من التراث المقابل لاصطلاح (الصحة النفسية) لدى المعنيين بذلك من القدماء، ولعلنا نجده في إحدى كلمتين هما (الرضا) و (الاعتدال) وهما كلمتان رددهما الغزالي كثيرا في دراساته النفسية، وهما متصلتان ببعضهما اتصالا وثيقا، أما (الرضا) فهو الانعكاس الداخلي للشخص السوي، وأما (الاعتدال) فهو المظهر الخارجي لسلوكه. وقد قرر الغزالي أن منشأ أكثر الفضائل والرذائل هو من ثلاث قوى: قوة التخيل، وقوة الشهوة، وقوة الغضب، وشرح ما في كل منها من عون للنفس أو تثبيط لها. وبعد بيان طويل مليء بالتدليل والتمثيل والنظائر دعا إلى سلوك الاعتدال قائلا: والمحمود أن تكون معتدلة ومطيعة للعقل والشرع في انبساطها وانقباضها، ومهما أفرطت إحدى هذه القوى فكسرها بوسائل منها شغل النفس بالعلوم واكتساب الفضائل.

أما الرضا فهو نهاية المطاف لمراحل متدرجة تبدأ عند الغزالي بالابتهاج، فالاستبشار، فالارتياح، فالفرح، فالشرح، فالسرور، وأخيرا الرضا. ويفسر ابن تيمية المراد بالرضا بأنه شيئان: الرضا بفعل ما أمر به وترك ما نهى عنه ، والرضا بالمصائب التي تحل به. وليس من ذلك الرضا بالكفر والفسوق والعصيان مهما سيق ذلك مساق الحرص على التكيف مع البيئة والظروف المحيطة بالشخص (التوافق) بلغة علم النفس الحديث.

ومن الحقائق الإسلامية التي لا تدع مجالا لاتهام الإنسان واستزراعه في الشر والانحراف أن كل مولود يولد على الفطرة ".. وفي الحديث القدسي " إني خلقت عبادي حنفاء فاجتالتهم الشياطين وحرمت عليهم ما أحللت لهم وأمرتهم أن لا يشركوا بي ما لم أنزل به سلطانا..، وأن الإنسان مأمور بتزكية النفس ومحذر من تدنيسها (قد أفلح من زكاها وقد خاب من دساها).

وهذه الأمراض النفسية لها مضاعفاتها المحققة في التصرف والسلوك السلبي والضار.. ولذا كان لابد من المبادرة إلى علاجها بشتى الوسائل.. وعن

طبيعة المرض النفسي وحقيقته يقول ابن تيمية: مرض القلب نوع فساد يحصل له يفسد به تصوره وإرادته. فتصوره بالشبهات التي تعرض له حتى لا يرى الحق أو يراه على خلاف ما هو عليه وإرادته بحيث يبغض الحق النافع ويحب الباطل الضار فلهذا يفسر المرض تارة بالشك والريب وتارة بالشهوة المحظورة.. ولهذا صنف (الخرائطي) كتاب " اعتلال القلوب " أي مرضها وأراد به مرضها بالشهوة.. و (مرض القلب) ألم يحصل في القلب كالغيظ من عدو استولى عليك، وكذلك الشك والجهل يؤلم القلب. ثم يقول عن (الاعتدال) مرض الجسم يكون بخروج الشهوة والنفرة الطبيعية عن الاعتدال ، كذلك مرض القلب يكون بالحب والبغض الخارجين عن الاعتدال وهي الأهواء.

وخطوات العلاج الروحي:

أ- توحيد الربوبية وهو اعتقاد العبد أن الله هو الرب المتفرد بالخلق والرزق والتدبير وهو الذي رب جميع الخلق بالنعم، وربى خواص خلقه وهم الأنبياء وأتباعهم بالعقائد الصحيحة والأخلاق الجميلة والعلوم النافعة والأعمال الصالحة.

ب- توحيد الألوهية: وهو العلم والاعتراف بأن الله ذو الألوهية وله حق العبودية على خلقه أجمعين، وإفراده وحده بالعبادة كلها، وإخلاص الدين له وحده.

ج- التوحيد العلمي الاعتقادي، بإثبات كل كمال أثبته الله لنفسه، وتنزيهه عن كل نقص أو صفة لا تليق بذاته.

والتوحيد الخالص يفتح للعبد باب الخير والسرور واللذة والفرح والابتهاج، وهذه الصفات زاد للنفس، مناعة للروح من أن تعمل، فيها الأسقام.

وإذا كان منشأ أكثر الأمراض النفسية وأخطرها هو القلق والاكتئاب فإن علاجهما يكون بأمن الإيمان وطمأنينته، وذلك بعقيدة التوحيد التي يوقن فيها الإنسان بأن خالق النفع والضر هو الله عز وجل، ومن ثم فلا يخشى إلا الله ولا يرجو سواه، دون أن يخل ذلك بمواقف التغيير الإصلاحي دون الاستسلام أو العجز.

د- تنزيه الله تعالى عن أن يظلم عبده، أو يأخذه بلا سبب من العبد يوجب ذلك.

هـ- واعتراف العبد بأنه هو الظالم لنفسه كلما كان في المصيبة سمة العقاب. ثم يأتي بعدئذ ما هو توابع لهذه العقيدة الواضحة الصافية، وذلك من مثل:

و- إقرار العبد لله بالرجاء، وهذا يقطع دابر اليأس القاتل والقلق والاكتئاب..

ومن كان الخير كله بيده فخليق بالإنسان تحقيق الرجاء برحمته، وتفويض الأمر إليه والتضرع بأن يصلح له شأنه كله ولا يكله إلى نفسه.

ز- تحقيق التوكل على اللـه والتفويض إليه والاعتراف بأن ناصية الإنسان في يده يصرفه كيف يشاء وأنه ماض فيه حكمه، عدل فيه قضاؤه.

ولهذه القناعات القلبية وسائل من كسب اللسان، والمناجاة المباشرة بين المخلوق والخالق تعين على تحقيق النتائج ، بما تفصح عنه من مكنون العقيدة ومضمر القناعات السابقة، وأهم هذه العلاجات:

ح- الإكثار منترداد (لا حول ولا قوة إلا بالله) مع استشعار المبدأين اللذين تتضمنهما وهما: البراءة من الحول الذاتي، فلا حائل يقي من لحوق الشر والضرر إلا بالله، والبراءة من القوة بمعنى المكنة الذاتية على جلب الخير فلا سبيل إليها إلا بالله، ومما يجدر التنويه به هنا أن كلمة (الحوقلة) هذه للاستعانة بالله ، وليست للاسترجاع من المصيبة- كما يتوهم ، لذا هي علاج إيجابي. وللتصبر على المصيبة العبارة الخاصة المعروفة.

ط- التوسل إلى اللـه عز وجل بأسمائه الحسنى وصفاته العليا، فإن تلك الوسيلة أعظم الوسائل وأحبها إلى اللـه وأقربها تحصيلا للمطلوب.

ي- التوبة باعتبارها تصحيحا للمواقف والتصرفات الصادرة من الشخص سواء كانت في حق اللـه، أو حق العباد وهي إذا كانت توبة نصوحا تزيل كل ما يبدد الطاقة الروحية للشخص، وتقويه تجاه الضغوط والنكبات النفسية التي يتعرض لها من محاسبة الذات. ولا تخفى صلة التوبة بالتخلص من عقدة الذنب ودفعها الإنسان لاستئناف حياة ومواقف فضلى.

ك- الاستغفار وهو رفع لشعار التوبة، ومتابعة دائبة لها، وتعزيز لافتقار الإنسان إلى ربه ليكفر عنه خطاياه ويزيل عن نفسه شبحها الذي يشده لليأس والقنوط والضعف والسقوط.

ل- تكوين الشخصية الإسلامية المتبصرة التي تأخذ وتدع ولا يكون الفرد فيها (إمعة) " لا يكن أحدكم إمعة يقول: أنا مع الناس إن أحسنوا أحسنت وإن أساءوا أسأت ولكن وطنوا أنفسكم: إن أحسن الناس أن تحسنوا، وإن أساءوا أن تتجنبوا إساءتهم "، وهذا يدفع عن الإنسان خطر الانسياق والاستخذاء في مواجهة ما يسود في بيئة ما من أفكار غير سوية أو ما يتعرض له من تحريض على الشر وتسويل من النفس للإقدام على

مالا تحمد عقباه من مواقف .

م- الاستعانة بالله سبحانه بالدعاء: والدعاء لون هام من ألوان العلاج للأمراض النفسية، وهو علاج روحي (إلهي) بالتعبير المستخدم قديما، فضلا عن كونه مظهرا عباديا بل هو مخ العبادة وخلاصتها.

والدعاء ليس- كما يخيل للبعض- أسلوبا نفسيا لا يقصد لذاته بل لأثره الإيحائي، بل هو حقيقة قائمة عام مناجاة العبد لخالقه والاستعانة به في كل من حال الصحة وحال المرض (إياك نعبد وإياك نستعين) فلا صحة للزج بالدعاء ضمن وسائل (التنفيس) أو (الإيحاء) فليست في ذلك إلا طمس الحقيقة والغفلة عن الطبيعة العبادية للدعاء.

ن- الصلاة: والصلاة علاج شامل، بل صيدلية ملأى بالعقاقير الروحية لشتى أمراض النفس، وهي ليست علاجا فقط، بل مصدر قوة لنفسه تجعله آمنا من المعاناة .

س- القرآن، و خصوصا: الفاتحة والمعوذتان : فالقرآن شفاء لما في الصدور. ومن في قلبه أمراض الشبهات والشهوات، ففي القرآن من البينات ما يميز الحق من الباطل، فيزيل أمراض الشبهة المفسدة للعلم والتصور والإدراك بحيث يرى الأشياء على ما هي عليه، وفيه من الحكمة والموعظة الحسنة بالترغيب والترهيب والقصص التي فيها عبرة ما يوجب صلاح القلب..

ف- الصوم: فالصوم وقاية من أدواء الروح والقلب والبدن، وهو علاج روحي إذا روعي فيه مقصوده وأسراره، لأنه أمر آخر غير ترك الطعام والشراب، وذلك هو اجتماع القلب والهمة على الله تعالى وتوفير قوى النفس على طاعته.

ص- الصبر: وهو علاج روحي يرفع عن النفس ضغط المصيبة ويريح الشخص من عناء الشعور بالحرمان أو الألم المبرح نفسيا من المكروه الذي نزل به. والصبر مرتبط بالإيمان ارتباطا وثيقا، لأنه يستند إلى الاعتقاد بالحكمة الكامنة في أفعال الله تعالى نافعة كانت أو ضارة بالنسبة للإنسان.

الفصل الثالث

الأعراض المرضية

الفصل الثالث

الأعراض المرضية

يعد العرض تعبير عن الاضطراب وعلامة من علامات المرض النفسي, وكل الأمراض النفسية تلاحظ وتصنف على أساس الأعراض وعند دراسة الأمراض النفسية وتمييز مرض نفسي عن مرض نفسي آخر يجب ملاحظة الأعراض, ولا يخلو الإنسان من الأعراض, وفي نفس الوقت يندر أن تتجمع كل الأعراض المميزة للمرض النفسي في مريض واحد, والفرق بين الشخصية السوية والشخصية غير السوية فرق في الدرجة, وكل فرد لديه استعداد للمرض, وهم يختلفون في درجة مقاومتهم للمرض, فقد تغلب بعض الأعراض وتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً أو مرضاً نفسياً قائماً بذاته. مثل القلق والوسواس والخوف, ويعتبر العرض مظهراً وعلامة تكشف عن الحياة الخاصة للمريض ويمكن أن يكمن أصل العرض في المواد اللاشعورية ذات الصفات الدينامية الدافعة والتي يمكنها أن تسيطر بدرجات مختلفة على الشخصية على المستوى الشعوري ومعظم المواد العقلية التي لا يمكن التعبير عنها شعورياً تظهر في شكل أعراض, وقد يكمن أصل العرض في القلق والشعور بالذنب وهنا يكون العرض حيلة للتعبير عن ذلك, وتمثل الأعراض غالباً طرقاً خاطئة للتوافق , وحلولاً عصابية للصراع , وخططاً فاشلة للدفاع النفسي, وليس للأعراض المتفردة قيمة تشخيصية في حد ذاتها, وتتنوع الأعراض وتشترك الأمراض النفسية فيها . وتظهر أعراض المرض النفسي في شكل زملة أو تجمع أو تشكيل معين وهذه هي التي تحدد المرض وتفرق بين مرض وآخر, ويجب الاهتمام بالارتباط المتبادل بين الأعراض بعضها وبعض . والعرض الواحد قد يدخل في زملات أو مجموعات مختلفة يميز أمراضاً بعينها مثل الهلوسات ويعتبر العرض رمزاً يشير إلى وجود اضطراب نفسي أو جسمي وقد يكون للعرض معنى رمزي ذو أهمية أكبر من مظهره وللأعراض معنى على أساس النمو النفسي الدينامي للمريض وتشير الأعراض عادة إلى مشكلة داخلية, ولكي نحدد معنى الأعراض يجب أن نحدد العوامل التي أدت إلى ظهورها .

وظائف الأعراض:

لكل عرض وظيفة, ويعتبر العرض رد فعل أو تعبيراً نفسياً حيوياً عن الفرد ككل, ويجب دراسته وفهمه من زاوية نفسية حيوية دينامية, وقد يكون العرض حيلة تهدف إلى صيانة قيمة وتقدير الذات, وتوضح الأعراض مشكلات المريض وطرق جهاده في مجابهتها, ويفسر البعض العرض النفسي بأنه طريقة للتوافق نشاهدها دائماً في الحياة اليومية, ومن خلال الأعراض وأصلها وأهدافها ووظائفها نستطيع أن نحل لغز حياة المريض الداخلية, وأن نرى شخصيته فيما وراء الأعراض. وللاعراض أهداف ولكل هدف عرض كما لكل سلوك هدف. **والأهداف الأولية** هي الأهداف الذاتية واتي يكون في تحقيقها مغانم يفوز بها الفرد ولو على حساب خسائر من ناحية أخرى وأهم الأهداف الأولية السيطرة على القلق وحل الصراع وتحقيق أو تدعيم كبت وكف الدوافع التي يستقبحها الفرد على نفسه منتبهاً وواعياً وامتصاص الطاقات النفسية المنبثقة من الدوافع والنزعات المكبوتة واستنفاد شحناتها في أعراض سلوكية أو عضوية منعاً لنشاط هذه الدوافع. وتقوية الكبت ضماناً لعدم انفعالاتها وتسربها إلى الخارج, وذلك بتنمية سمات شخصية خاصة قادرة على الصمود أمام الدوافع وإشباع الدوافع والحاجات الشخصية التي لاقت إحباطاً, عن طريق التعويض المتطرف والحيلولة دون الإقدام على فعل يأبى الفرد فعله أو يخشى عواقبه. والاستسلام الذي يتضمن عقاباً سادياً لشخص هام في حياة الفرد كان قد أساء إليه وأثار فيه العدوان ولكنه لسبب ما لم يستطع أن يعبر عن هذا العدوان, وتهدئة الضمير الهائج عن طريق عقاب الذات. اما **الأهداف الثانوية** فهي الأهداف الخارجية التي يكون في تحقيقها مغانم وأرباح أهمها الانتصار النسبي على عقبات البيئة الاجتماعية أو الاقتصادية, وتهيئة الجو أكثر ملائمة لحالة الفرد النفسية , وأهم الأهداف الثانوية ؛ استدرار العطف . والهروب, والتملص من المسئولية الشخصية, و تجنب الأعمال التي لا يحبها الفرد, وتبرير ضعف الفرد أو تراخيه أو كسله أو تقصيره أو فشله وتعويض النقص أو العجز أو الافتقار أو الحرمان . والإحجام عن مواجهة المواقف والخبرات الأليمة أو المذلة للذات أو المهددة للشخصية والفوز بمحبة الآخرين والمحافظة على كيان الشخص وصيانة حياته بتجنب ما قد يعرض حياتها للخطر, والتحكم في بعض الأشخاص والسيطرة عليهم وإرغامهم على الالتفاف حوله والالتصاق به .ووقاية الذات

واحترامها والمحافظة على كبريائها .

تصنيف الأعراض :

يلاحظ أن الأعـراض متداخلـة وأن تصـنيفها محاولـة لأغـراض الدراسـة والمعرفـة, وذلـك لأن الجهـاز النفسي ليس فيه أقسام مستقلة بعضها عن بعض تماماً, ولكنهـا كلهـا متكاملـة . والعـرض يختـار وظيفـة نفسية أو جانباً من جوانب الشخصية أو عنصراً ضعيفاً يظهر فيه . وهنك الأعراض الداخلية فهي التي لا تلاحظ مباشرة ولكن تلاحظ من تعبيراتها السلوكية مثل الخواف والأعـراض الخارجيـة وهـي التـي تكـون ظاهرة وواضحة فمنها فرط إفراز العرق أثناء القلق أو الجمدة في الفصام وهناك الأعراض عضوية المنشأ فهي تحدث نتيجة اضطرابات وتغيرات فسيولوجية أو اضطراب أي جهاز آخـر وأعـراض نفسـية المنشـأ فهي تنتج عن العمليات النفسية المضطربة التي تسببها عوامل داخلية وعوامـل خارجيـة تعتـبر علامـات لمحاولة الدفاع ضد مشاكله . وهناك اضطرابات الإدراك, والإدراك هو قدرة الفرد عـلى إدراك البيئـة عـن طريق حواسه وتفسير معناها ويضطرب الإدراك نتيجة وقوع الشخصية فريسة لأسـباب تـؤدي إلى سـوء تفسير المثيرات الحسية, نتيجة لوجود نقص في أعضـاء الحـس ذاتهـا أو إلى نقـص أو عيـب في وظائفهـا . وفيما يلي اضطرابات الإدراك:

الهلوسات: وهي إدراك خاطئ لمثير حسي غير موجود في الواقع الخارجي, ورغم ذلك فإنها تكون جـزءاً من حياة المريض العقلية . وهي من صنع العقل ذاته وتعتـبر مخـرج محتويـات اللاشـعور عنـدما ينهـك المرض النفسي الأنا . وهي تبـين حاجـات المـريض النفسـية ودوافعـه ورغباتـه وتعزيـز الـذات والشـعور بالذنب وعقاب الـذات والنقـد الـذاتي . وتحـدث الهلوسـات في الـذهان والأمـراض التسـممية والأمـراض العضوية . وتقل الهلوسات عندما يكون المريض منشغلاً بالواقع . وتختلف الهلوسات من حيـث صـفاتها مثل الوضـوح والحجـم واسـتجابة المـريض لهـا ومـن حيـث دلالتهـا في التشـخيص والتنبـؤ . ومـن أنـواع الهلوسات:

- الهلوسات السمعية .
- الهلوسات البصرية .
- الهلوسات الشمية .
- الهلوسات الذوقية .
- الهلوسات اللمسية .

- أخرى كالهلوسات الجنسية وهلوسات التوقع .

الخداع: وهو إدراك خاطئ مع وجود مثير حسيـ . ويتوقف التفسير الإدراكي الخاطئ على خبرات وتجارب المريض السابقة , ويتأثر بدوافعه وانفعالاته ورغباتها المكبوتة , ويمهد له الانتظار والترقب المصاحبان بالتوتر والخوف. مثل إدراك حبل على انه ثعبان, ويوجد الخداع في جميع المدركات عن طريق السمع والبصر والشم والتذوق واللمس, ويلاحظ الخداع في الخواف والفصام وتوهم المرض والإدمان . وانواع أخرى مثل الحس الزائد, والخدر وهو غياب الحساسية في جلد الأعضاء الحسية, وقد يكون عاماً أو في عضو واحد, والحس الزائف والحس المختلط وهو إدراك مثير حسي يتصل بحاسة معينة على أنه يتصل بحاسة أخرى واضطراب حاسة الشم, اضطراب الجهاز العضلي.

اضطرابات التفكير: والتفكير هو تكوين الأفكار وتكاملها وضم بعضها لبعض فيما يتعلق بموضوع أو مشكلة . ويتم التفكير بالتخيل والتصور والفهم والاستنتاج وغير ذلك من العمليات العقلية , ويظهر التعبير الخارجي لوظيفة التفكير في السلوك. وفيما يلي اضطرابات التفكير:

اضطراب إنتاج الفكر, وفيه تسيطر العناصر العقلية الداخلية مثل الدوافع والخيال على عملية التفكير ولا تتقيد بالواقع ولا بالمنطق كما يحدث في الفصام , ومن مظاهر اضطراب إنتاج أو تكوين الفكر التفكير الذاتي أو الخيالي والتفكير غير الواقعي أو غير المنطقي .

اضطراب سياق التفكير, وفيه لا يعبر المريض عن الأفكار بمجرد تكونها, ولا يستمر التفكير في مجرى أو سياق أو تسلسل متصل, ولا ترتبط الأفكار منطقياً بعضها بالبعض الآخر. ومن مظاهر اضطراب سياق أو مجرى التفكير طيران الأفكار او تطايرها كالاستطراد السريع من فكرة لأخرى وغزارة الأفكار وذلك حسب تغير المثير وبدون التقدم نحو الهدف .

- تأخر أو بطء التفكير .
- الترديد أو المداومة .
- المنع أو العرقلة .
- الخلط أو الإسهاب .
- التشتت أو عدم الترابط .

اضطراب محتوى الفكر؛ وهنا تسيطر الانفعالات القوية وتلون الأفكار

وتحدد محتواها في شكل أوهام ووسواس ومخاوف .. ومن مظاهر اضطراب محتوى الفكر؛ الأوهام وهي معتقدات وهمية خاطئة لا تتفق مع الواقع. ولا يمكن تبريرها أو إثباتها أو تصحيحها بالمنطق, ولا يتخلى عنها المريض. وقد تكون الأوهام منظمة ومرتبة وقد تكون غير منظمة وغير مقنعة, وقد تكون أولية وقد تكون ثانوية وتنقسم الأوهام حسب محتواها إلى توهم العظمة وتوهم الاضطهاد وتوهم المرض وتوهم الإثم واتهام الذات وتوهم الإشارة حيث أن كل ما يحدث حوله يشير إليه . وتوهم التأثير وتوهم الانعدام اي انعدام وفناء أجزاء معينة من جسمه وتوهم تغير الشخصية كاعتقاده أنه هو نفسه قد تغير وأصبح شخصاً آخر . وتوهم تغير الكون .

الوسواس؛ وهي أفكار لا شعورية ملحة وثابتة تتردد باستمرار وتقحم نفسها في شعور المريض رغماً عن إرادته, فلا يفكر فيما عداها, ورغم أن المريض نفسه يتحقق من أنها أفكار باطلة وغير معقولة أو تافهة ويحاول التخلص منها بشتى الوسائل إلا أن ذلك يشق عليه ولا يمكن استبعادها إرادياً لأنها تتأثر بالمنطق . وهذه الأفكار ترتبط عادةً بأفعال قهرية يقوم بها المريض بشكل جبري رغم مقاومته الشعورية لها . وتلاحظ في القلق وتمثل عرضاً أساسياً في عصاب الوسواس والقهر .

الخواف : هو خوف مرضي لا مبرر له ولا يقاوم, ولا يعرف المريض مصدره النفسي , إلا انه يعرف أنه ليس لخوفه أساس شعوري معقول , ورغم هذا لا يستطيع التخلص منه فيوجه سلوكه . مثل الخوف من الرعد والماء . وقد يصبح الخواف عصاباً ومرضاً قائماً بذاته .

فقر الأفكار : الأفكار فقيرة وضعيفة في محتواها , مثل الضعف العقلي .

البلادة الفكرية : عجز المريض عن التفكير والقيام بأبسط العمليات العقلية .

ضغط الأفكار : وفيه يكون محتوى الأفكار كثيراً وكأنه في حالة ضغط مستمر .

انتزاع الأفكار : يشعر المريض بخلو دماغه من الأفكار فجأة وكأنها قد انتزعت منه .

إقحام الأفكار : يشكو المريض من أن الأفكار توضع في رأسه دون إرادته .

الانشغال : وفيه يدور التفكير حول موضوع معين بشكل يطغى على سائر الموضوعات الأخرى ويعطل هل اهتمام آخر .

تناقض الأفكار : وفيه تجتمع فكرتان متناقضتان في نفس الوقت ولا يستطيع المريض التخلص منهما .

السفسطة : وفيها يشوه التفكير أفكار غريبة وغامضة وشبه فلسفية .

الرمزية : وفيه يتحدث المريض بالرموز والأمثلة والعبر بإفراط , وتكون غير مترابطة وتعبر عن معان خاصة لديه.

اضطرابات الذاكرة :

التذكر : وظيفة عقلية هامة, ويتضمن عمليات ثلاثاً متكاملة هي: التسجيل, والحفظ والاستعادة أو الاسترجاع وتعتبر الذاكرة مهمة من وجهة نظر إحداث التوافق النفسي- حيث تساعد الخبرات الماضية الشخصية على التوافق بسهولة مع الخبرات الجديدة . وحدة الذاكرة هي فرط عمليات التذكر حيث تزداد حدة تذكر المريض لكل تفاصيل خبرات معينة وخاصة الخبرات الأليمة أو السعيدة المشحونة انفعالياً , وتشاهد في الهوس الخفيف وفي الهذاء البارانويا . اما فقدان الذاكرة أو النسيان فهو فقدان القدرة على تذكر أحداث فترة معينة, ويكون جزئياً أو كلياً, مؤقتاً أو دائماً. فقد يكون عضوي المنشأ كما في حالات ذهان الشيخوخة والإدمان, وقد يكون نفسي المنشأ أي وظيفياً كما في بعض حالات الهستيريا ومن مظاهر فقدان الذاكرة أو النسيان ؛ فقد الذاكرة الرجعي وهو نسيان يتناول حقبة طويلة أو قصيرة من الزمن سابقة للمرض الحالي, ويلاحظ في حالات إصابة الفص الجبهي من المخ وفي الصرع . وفقد الذاكرة اللاحق وهو نسيان يتناول أحداث الفترة التي تلت بداية المرض الحالي, ويلاحظ في إصابة الفص الجبهي من المخ وفي ذهان الشيخوخة. وخطأ الذاكرة وهو تضلال الذاكرة أو إيهام الذاكرة الخاطئة, وفيه تزيف الذاكرة وتشوه, ومن أنواعه؛

- **التزييف** وفيه يضيف المريض لا شعورياً تفاصيل مزورة كاذبة أو خيالية على أحداث حدثت فعلاً, ويلاحظ في الهستيريا وفي الهذاء وفي الفصام الهذائي .
- **التأليف**؛ ويعني تلفيق واختلاق أو فبركة وقائع وأحداث خيالية لم تحدث إطلاقاً على أنها وقعت فعلاً, وبذلك يحاول المريض أن يحشو ويملأ فجوات وثغرات الذاكرة, مثل الهستيريا والشيخوخة وفي حالة إدمان الخمر وتلف المخ .

- **الألفة** : يعتقد المريض أن ما سمعه أو رآه مألوفاً لديه بينما في الحقيقة لم يسبق له ذلك .
- **الجدة** : يعبر المريض عن جدة ما يراه أو يسمعه ويقول أن ذلك غير مألوف, بينما في الحقيقة العكس .

اضطراب الحفظ والاسترجاع .

فجوات الذاكرة : يفقد المريض أحداث فترة محددة من الزمن ويتذكر ما قبلها وبعدها . فلتات اللسان .زلات القلم . نسيان عمل شيء معين . استخدام الكلمات الخاطئة .

اضطرابات الوعي أو الشعور:

تغييم الوعي أو تشوش الشعور وهو اضطراب وظيفي في جهاز الترابط, يكون فيها الإدراك غير واضح, وعتبة الإحساس مرتفعة في إدراك المثيرات ويكون التفكير غير واضح وبطيئاً, والذاكرة مضطربة, وسعة الانتباه محدودة جداً ويكون تغييم الوعي على درجات تختلف من البلادة إلى النعاس فالذهول فالسبات فالغيبوبة, ويشاهد في الهستيريا وفي الفصام الحركي وفي التفكك وفي إصابة المخ.

اضطراب التوجيه : وهو فقدان المريض لتتبع العلاقات الزمانية والمكانية وفقدان القدرة على التعرف على الآخرين في الوقت الحاضر وحتى فقدانه لذاتيته . ويتضمن أيضاً ازدواج إدراك البيئة حيث يدرك المريض أنه في مكانين بعيدين عن بعضهما البعض في نفس الوقت , ويقول عنه العامة أنه من أهل الخطوة , ويشاهد في الفصام والذهان العضوي وفي حالة إصابة المخ وفي التسمم .

الذهول : وفيه يقل الوعي لدرجة كبيرة , وتنقص الاستجابة للمثيرات . ويكون المريض ساكناً هادئاً لا يتحرك ولا يظهر على وجهه أي تعبير . ويكون منشغلاً بالتفكير الذاتي الخيالي . ويشاهد في الخوف الشديد وفي الهستيريا والاكتئاب والفصام الحركي .

الهذيان : هو اضطراب عام في الوعي مع تهيج , وعدم استقرار , وتذبذب الانتباه وهلوسات , وتشوش الإحساس . ولذلك فهو زملة أعراض أكثر من عرض واحد . من أمثلته الهذيان الكحولي , وقد يصف حالته كأنها حلم بعد إفاقته. **الحالة الحالمة أو الغسقية** : هي حالة تشبه الحال بين اليقظة والنوم , ويكون وعي المريض فيها مضطرباً , ويفقد التوجيه في بيئته , ويصاحبها أحياناً هلوسات

وتستمر لمدة دقائق أو لمدة طويلة يشرد فيها المريض ويخرج من بيئته ويستقر في مكان آخر . وعندما يستعيد وعيه لا يتذكر أي شيء عما حدث . وهذه الحالة تشاهد في التفكك وفي الهستيريا والصرع .

الخلط : ويتضمن الحيرة والارتباك وصعوبة التركيز واضطراب التوجيه وفقر الأفكار ونقص الترابط . ويشاهد في الشيخوخة وإصابات المخ .

التفكك : وفيه يتفكك نظام الشخصية , وينفصل بعض أجزائها عن بعض ويضطرب أداؤها الوظيفي . ويقوم أحد أو بعض جوانب الشخصية بالأداء الوظيفي مستقلاً . ويكون النشاط الحركي واعياً في حين أن النشاط الحسي والحركي غير واع . ويشاهد في الهستيريا , وقد يغلب التفكك ويصبح هو نفسه عصاباً أساسياً ومرضاً قائماً بذاته .

اضطرابات الانتباه :

- **زيادة الانتباه** اي الانتباه الشديد لمثير معين بكل تفاصيله وفرط التشبث بالأفكار, تشاهد في الهوس .
- **قلة الانتباه** وتتمثل في ضعف ونقص الانتباه أو انعدامه , ويشاهد في الضعف العقلي والفصام والاكتئاب .
- **تحول الانتباه** السرحان: تشتت الانتباه وسرعة تحوله من مثير إلى آخر غير متعلق بالموضوع الأصلي , وتسمى سرعة تحول الانتباه وعدم القدرة على توجيهه المدة الكافية للاستيعاب باسم السرحان .
- **السهيان** : وهو فقدان القدرة على تثبيت الانتباه لمثير معين حتى ولو لوقت قصير على الرغم من أهيمة هذا المثير .
- **الانشغال** : وفيه يتجه الانتباه إلى المثيرات الداخلية دون الخارجية وعلى حسابها . ويشاهد في الاكتئاب .

اضطرابات الإرادة :

- **اضطراب اتخاذ الإرادة** : يتميز الفرد بصعوبة اتخاذ القرارات وعدم السيطرة على سلوكه, وعدم الثقة بالنفس .
- **اضطراب الفعل الإرادي** : وفيه يتسم سلوك المريض بالهياج والنشاط الموجه توجيهاً ذاتياً, وقد يصعب حث المريض على القيام بأي فعل إرادي. ويلاحظ في الفصام وتلف المخ .

- **اضطرابات الدافعية :** وهنا تجتاح المريض دوافع ورغبات متعارضة وحادة وغير منظمة تؤدي إلى ظهور بعض التغيرات على وجهه وبعض الإشارات بيديه, وتحول دون اتخاذ القرارات وتعطل الفعل الإرادي, ويلاحظ في الفصام الحركي .

اضطرابات الكلام :

وتنقسم على أساس المظهر الخارجي لاضطراب الكلام إلى ما يلي :

الحبسة : وهي احتباس الكلام وتعذره وفقدان قوة النطق وفقدان القدرة على التعبير بالكلام أو بالكتابة وعدم القدرة على فهم معاني الكلمات المنطوقة أو إيجاد أسماء لبعض الأشياء أو المرئيات أو مراعاة القواعد النحوية في الكلام أو الكتابة, وتشاهد في إصابة المخ ومن نماذج الحبسة؛ الحبسة الحركية :فقدان التعبير الحركي الكلامي . والحبسة الحسية : الحبسة السمعية والبصرية والكلام الغريب والأخطاء اللغوية . والحبسة الكلية أو الشاملة : الحسية والحركية . والحبسة النسيانية حيث ينسى المريض أسماء الأشياء .

تأخر الكلام : يأخذ تأخر الكلام أشكالاً منها : إحداث أصوات معدومة الدلالة في التخاطب والتفاهم , وتعذر الكلام باللغة المألوفة , وضآلة عدد المفردات .

الكلام التشنجي : يكون الكلام متفجراً وبطيئاً ومملاً , وقد يصحبه اضطراب في التنفس وحركات لا إرادية . و**الكلام الطفلي** يقول الكلمات الرئيسية دون الباقي. و**اللغة الجديدة** : يتفاهم بلغة جديدة يصكها هو ولا يفهما أحد غيره . و**عيوب طلاقة اللسان**.و**اللجلجة أو التهتهة** : وهي التردد في الكلام , وألا يكاد يخرج من الفم . و**العقلة :** وهي عقدة اللسان واعتقاله وإمساكه بحيث يعجز المريض عن تلفظ المقطع أو نطق الكلمة إلا بعد جهد ومشقة . و**اضطراب كم الكلام و** الثرثرة . وقلة الكلام . والخرس أو البكم . عجز المريض عن الكلام . واضطراب سريان الكلام وبطء الكلام كما في الاكتئاب . وسرعة الكلام كما في الهوس . وعرقلة حيث يسكت الكلام ويمتنع وتوقف سريانه فجأة يشاهد في الفصام . واضطراب تكرار الكلام . والنمطية اي تكرار لكلمات معينة ليس لها قصد واضح وتشاهد في الفصام, واجترار الكلام والتكرار النمطي للكلمات والجمل, والإجابة على كل الأسئلة بإجابة واحدة, يشاهد في الفصام وذهان الشيخوخة والمصاداة أي تكرار الألفاظ والكلام

المسموع بطريقة آلية ويشاهد في الفصام الحركي .

صعوبات النطق :

الإبدال والثأثأه : وهي إبدال السين بثاء أو شين . واللثغة : وهي إبدال الهمزة, والراء غيناً أو ياء أو همزة, والقاف كافاً, والكاف تاء, واللام باء . والطمطمة وهي إبدال الطاء تاء . واللكنة وهي إبدال الحاء هاء والعين همزة . والتردد وأهم مظاهره التمتمة وهي التردد في نطق حرف التاء والميم. والفأفأة وهي التردد في نطق الفاء . واللعثمة التردد في نطق الحروف أو تكرار مقاطعها . والترخيم وهي حذف بعض الكلمات لتعذر نطقها, واللفف وهو إدخال بعض الكلمات لتعذر نطقها.

اضطراب الصوت :

مثل الخن الخنف حيث يجد المريض صعوبة في إحداث حروف الميم والنون وتبدو الحروف كأن فيها غنة وتأخذ الحروف الساكنة أشكالاً مختلفة من التشخير أو الخنن . والغمغمة وهي عدم تبيان مقاطع الحروف . والمقمقة وهي التكلم من أقصى الحلق. واضطراب الصوت الأخرى مثل غلظة الصوت, وحدة الصوت, وشدة الصوت, وفقد الصوت وبحة الصوت والاندفاع في الصراخ والسباب, والسلبية والامتناع عن الكلام .

اضطرابات الانفعال :

- **القلق** وهو نوع من الخوف الغامض غير المحدد المجهول السبب المصحوب بالتوتر والضيق والتهيب وتوقع الأذى وعدم الاستقرار العام مما يعوق المريض عن الإنتاج ويجعل سلوكه مضطرباً . يصاحبه العرق والتنفس السريع والاضطرابات المعوية وسرعة نبضات القلب.
- **الاكتئاب**: هو حالة يشعر فيها المريض بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد وانكسار النفس, دون سبب مناسب أو لسبب تافه, فيفقد لذة الحياة ويرى أنها لا معنى لها ولا هدف له فيها . فتثبط عزيمته. وقد يغلب ويصبح مرضاً قائماً بذاته .
- **التوتر** : وهو شعور ذاتي بعدم الراحة والاضطراب والتململ وعدم الرضا والحيرة وعدم القدرة على التركيز وعدم الاستقرار والارتجاف وسرعة الحركات والصداع , ويشاهد في القلق والاكتئاب .

- **الفزع** : هو توتر طويل وقلق مزمن وخوف فجائي حاد وشعور بالخطر وعدم الأمن . ويصاحبه شحوب الوجه واتساع حدقتي العين وسرعة النبض والتنفس, ويشاهد في الفصام وفي ذهان الشيخوخة .

- **التبلد:** وهو انخفاض وغياب الاستجابة الانفعالية في المواقف التي تثير الانفعال , ويصاحبه فقد الشهية ونقص الحماس , ويشاهد في الفصام .

- **اللامبالاة** : وهي فقد القدرة على التعبير الانفعالي وفقد الاهتمام بالأشياء , فالمريض لا يبالي بالمشاعر ولا بالمواقف الانفعالية ولا بالتعبير الانفعالي , وتشاهد في الاكتئاب .

- **التناقض الانفعالي** : وهو ثنائية وتناقض الانفعالات في نفس الوقت بالنسبة لنفس المثير . فقد يوجد الحب والكره معاً . في الفصام .

- **نقص الثبات الانفعالي** : وهو نقص استقرار وتباين الاستجابات الانفعالية وتغيرها بشدة والانتقال بسرعة ن حالة انفعالية حادة إلى أخرى . وتعرف هذه الحالة باسم السيولة الانفعالية , فالمريض تارة يضحك وتارة يبكي.

- **انحراف الانفعال** : وهو وجود انفعال غير ملائم وغير مناسب وهوة كبيرة بين المثير والاستجابة الانفعالية . مثل فرح المريض عند سماع خبر محزن . يشاهد في الفصام .

- **المرح** : وهو شعور عام بأن الفرد على ما يرام , وشعوره بالمرح والخيلاء والفخر دون سبب مناسب أو لسبب تافه . وهذا الشعور يكون منافياً للواقع . ويشاهد في الهوس والفصام الهذائي .

- **النشوة أو التجلي** : وهنا يبدو المريض غاية في السعادة عريض الآمال مفرطاً في التفاؤل زائد النشاط ميالاً للعدوان . في الهوس وإدمان المخدرات .

- **الوجد** : وفيه يكون المريض مرحاً مسالماً هادئاً متديناً يشعر بالقوة والانفصال عن العالم الخارجي وأنه قد ولد من جديد في عالم جديد حيث لا شيء أعظم ولا شيء أروع . في الهستيريا وفي الصرع والفصام .

- **مشاعر الذنب الشاذة** : هنا يشعر المريض شعوراً شديداً بالذنب ولوم الذات وتأنيب الضمير على أفعال أو رغبات أو أفكار تتناقض مع التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية . تشاهد في القلق والوسواس واقهر وفي الخواف .

- **الاستثارية** : وهي الميل للاستجابة الانفعالية المفرطة كما في العنف والثورة .
- **أخرى** : اضطراب إعطاء الحب, وتقبل الحب, وشدة طلب الحب, وعدم التمييز في علاقات الحب, والغيرة الدائمة .

اضطرابات الحركة :

- النشاط الزائد : وفيه يزداد النشاط الحركي غير الهادف وغير المثمر , وله عدة صور منها :
- النشاط الزائد المرتبط بسرعة سريان الفكر : ويرتبط بتقلب الأهداف وضعف الانتباه ويكون غير مثمر ومتنقلاً ولا يتم وتكون نتيجته النهائية لا شيء . ويلاحظ في الهوس .
- عدم الاستقرار الحركي : ويتضمن العكوف على الحركة غير المستقرة غير الهادفة . ويشاهد في الشيخوخة .
- التوتر العضلي : وفيه يكون التوتر العضلي مرتفعاً حتى عندما يكون الجسم ساكناً .
- النشاط الناقص : وهو تأخر نفسي حركي يبدو عادة في صورة البدء المتأخر في العمل والبطء فيه والشكوى أثناء القيام به . ويرتبط غالباً بتأخر عمليات التفكير . ويلاحظ في الاكتئاب والفصام . ومن صوره ما يلي :
- التدهور الحركي : وفيه ينخفض النشاط الحركي بصورة متدهورة ويلاحظ في الاكتئاب .
- الوهن : وفيه تكون العضلات في حالة ارتخاء وضعف شديد . وقد يشمل الجسم كله أو مجموعة معينة من العضلات .
- الشلل : أي الفقدان التام لوظيفة عضلة أو مجموعة من العضلات ويشاهد في حالات إصابة المخ والنخاع الشوكي وأعصابه .

- النشاط المضطرب : ويشمل عدة صور :
- العجز الحركي : وهو فقدان القدرة على الحركة الغرضية المقصودة ويشاهد في حالة إصابة المخ وخاصة الفص الجبهي والفص الجداري .
- الهزع : وهو عدم انتظام الحركة العضلية , واختلاج الحركة الإرادية خاصة حركة الأطراف , وعدم التآزر عند الوقوف , ويلاحظ في إصابة المخيخ .
- التقلاب : وهو حركات دورية مستمرة وكثيرة في اليدين والقدمين , وغالباً

تكون مؤلمة . ويشاهد في حالة إصابة المخ المتوسط والجهاز العصبي بعد الأهرام .

- الحركات الراقصة : وهي حركات مرتجة غير منتظمة وغير إرادية . ويشاهد في حالة إصابة المخ المتوسط والجهاز العصبي بعد الأهرام .
- التشنج : وهو تقبض وارتجاف عضلي عنيف لا إرادي موزع على الجسم كله , ويصحبه عادة فقد الشعور . ويشاهد في الصرع .
- الخلجات : وهي حركات عضلية عصبية وظيفية لا إرادية متكررة .
- الارتجافات : وهي ارتعاشات وتقلصات خفيفة إيقاعية لا إرادية في العضلات . وتشاهد في حالة إصابة المخ المتوسط .
- النشاط المتكرر النمطية : وفيه يعكف المريض على تكرار نفس النشاط متى بدأه لمدة غير محددة . ويشاهد في الفصام .
- الجمدة التصلب : وهنا يلزم المريض وضعاً واحداً لمدة طويلة جداً دون أي تعب . وتشاهد في الفصام الحركي التصلبي والهذاء .
- اللازمات الحركية : وهي حركات ملازمة تتكرر دائماً في الرأس أو الوجه أو أحد الأطراف . تشاهد في القلق والفصام .
- الآلية : وهنا يكون النشاط الحركي للمريض آلياً وتشاهد في الفصام . ومن أشكالها ما يلي :
- الطاعة الآلية : حيث يطيع المريض آلياً كل الأوامر دون تفكير أو تبصر حتى ولو كانت شاذة أو ضارة .
- المحاركة : حيث يقلد المريض آلياً كل الحركات التي يراها .
- السلبية : وهي رفض المريض القيام بما يطلب إليه عمله ومقاومته وعناده أو القيام بعكس المطلوب . وتأخذ شكل الخرس أو البكم أو رفض الطعام أو عدم طاعة الأوامر , تشاهد في الفصام وخاصة الفصام الحركي .
- القهر : وهو القيام بعمل غير هادف وغير مفيد وغير مناسب وضد إرادة الفرد نتيجة لفكرة متسلطة أو وسواس ودافع مرضي لا يقاوم للقيام بهذا العمل . ويلاحظ في الفصام , ويمثل عرضاً أساسياً في عصاب الوسواس والقهر .
- العدوان : وهنا يتسم سلوك المريض بالعنف والقوة والعدوان المادي أو اللفظي ويلاحظ في السيكوباتية .

- المقاومة : وهي حالة من الكراهية وعدم التعاون يبديها المريض نحو بعض الأوضاع التي يرفضها. ويشاهد في الهذاء .

اضطرابات المظهر العام:

اضطراب وتطرف النمط الجسمي ويلاحظ فيما يلي؛ النمط النحيف و يرتبط بالضعف العصبي والقلق والاكتئاب والفصام. والنمط البدين ويرتبط بالهستيريا وذهان الهوس والاكتئاب . والنمط العضلي ويرتبط أكثر بالهستيريا والصرع . والنمط غير المنتظم ويرتبط بالفصام . واضطرابات تعبيرات الوجه ويلاحظ فيما يلي : الحزن والكآبة , يشاهد في الاكتئاب . والسرور والنشوة : في الهوس . واللاتعبير الوجه المقنع في الفصام . وأخرى : انقباض الوجه والسحنة الجامدة والسحنة البلهاء والنظرات الخائفة والمتقلبة والتعبير المتكلف . واضطراب حالة الملابس وتلاحظ في السواد : الاكتئاب . وإهمال الملابس والفوضى : الهوس والفصام والضعف العقلي . والملابس القذرة الممزقة : في الهوس . والملابس غير المتناسقة والشاذة :في الفصام . والتكلف والتصنع : الفصام الذهاني وفي هذاء العظمة . والإفراط في التزيين والتبرج : الهوس وهذاء العظمة . واضطراب حالة الشعر : ويلاحظ في التصفيف الغريب : الهذاء البار ونيا, والإهمال في ذهان الهوس والاكتئاب . اضطراب الوضع الوقفة أو الجلسة ويلاحظ في الوضع الخاص التمثيلي : في الهذاء . والوضع التعبيري الشاذ : في الهذاء .

اضطرابات التفهم: تظهر في شكل اضطراب الإدراك الواعي , واضطراب إدراك مضمون الشعور . وهنا يضطرب الفكر والتحليل والتقييم وتشرب الخبرات والإحاطة بالمواقف والأحداث والخبرات الجديدة . فيصبح المريض مشتت الانتباه ويتعطل فهمه في الشيخوخة والضعف العقلي وحالات التسمم .

اضطراب البصيرة: هنا لا يستطيع المريض فهم نفسه داخلياً وخاصة فيما يتعلق بمرضه ومشكلاته الاجتماعية ومسئولياته, وتكون في معظم أنواع الذهان .

الاضطرابات العقلية المعرفية: يلاحظ تدهور الذكاء في بعض أشكال المرض العقلي وخاصة الأمراض العضوية , ويظهر ذلك في شكل عدم القدرة على القيام بالنشاط العادي في الحياة اليومية , وقلة الاهتمام بالعالم الخارجي , ونقص القدرة على التعلم . ويزداد التدهور العقلي ويطلق البعض على ذلك بالخبل وتشاهد في أورام المخ وجروح الرأس والشيخوخة.

اضطرابات شخصية: وتظهر في سمات الشخصية مثل الانطواء والعصابية وعدم الاتزان الانفعالي والتقلب وعدم الاستقرار والخضوع والجمود والعبوس .

اضطرابات السلوك الظاهر: ومن أهمها السلوك الشاذ الغريب والنمطية والانسحاب وفرط الانفعال والجناح ويشمل الكذب والسرقة والتزييف والانحرافات الجنسية .

اضطرابات الغذاء: مثل قلة الأكل والإفراط فيه والبطء الشديد في تناول الطعام وانعدام الرغبة في تناوله . ويلاحظ رفض الطعام وفقد الشهية في الاكتئاب والامتناع عن الطعام في الخواف .

اضطرابات الإخراج: مثل البوال سلس البول أثناء اليقظة وعدم القدرة على التحكم في التبرز والإمساك العصبي والإسهال العصبي .

اضطرابات النوم: الأرق وتقطع النوم والتقلب الزائد أثناء النوم والمشي أثناء النوم وتشاهد كثرة النوم في الضعف العقلي والهستيريا , والأرق في القلق والهوس والفصام .

سوء التوافق: مثل سوء التوافق الصحي اي مشكلات الصحة والنمو والانحراف عن المعايير من الناحية الجنسية واعتلال الصحة ووجود أمراض مزمنة. وسوء التوافق الشخصي كالخجل وتحقير الذات والسذاجة والنكد وتعكر المزاج ونقص الثقة بالنفس وعدم تحمل المسئولية . وسوء التوافق الاجتماعي كالارتباك والخجل والشك والحقد والغيرة والاستعراض وحب الظهور والوحدة والانسحاب والعنوسة. وسوء التوافق الزواجي كالخلاف والهجران والخيانة والعدوان والطلاق . وسوء التوافق الأسري كالخلافات والاضطرابات الأسرية وأساليب التنشئة الخاطئة وسوء التوافق التربوي كالتأخر الدراسي والهروب والفشل والرسوب . وسوء التوافق المهني كعدم التوفيق وعدم الاستقرار في المهنة . والانحرافات الجنسية نحو نفس الجنس كما في اللواط والسحاق, او نحو موضوعات مادية كالأثرية أو الفتيشية وهي التعلق الجنسي بالأشياء التي يستعملها الجنس الآخر بدلاً من الشخص نفسه كاللباس أو جزء من جسمه كالشعر مثلاً . ونحو المومسات البغاء والاستهتار والاستسلام الجنسيان . ونحو الذات كالنشاط الجنسي الذاتي واستخدام الأدوات البديلة والنرجسية عشق الذات . وانحراف الدرجة كالإفراط الجنسي والشبقية المرضية الشهوة المرضية, والبرود الجنسي عند المرأة والعنة الضعف الجنسي عند الرجل

ومظهرية كالاستعراض الشبقي, والرغبة في لبس ملابس الجنس الآخر والتشبه بهم . وإجرائية كالسادية حب التعذيب للمحبوب, والماسوكية حب العذاب من المحبوب والاحتكاك الجنسي . وإجرامية كالاغتصاب وهتك العرض وجماع الأطفال . وحيوانية كجماع الحيوان . ونادرة كجماع المحارم .وأخرى كالفرجة الجنسية, والمنع المرضي, والعصاب الجنسي .

أعراض نفسية جسمية وعصبية: تبدو الأعراض الجسمية والعصبية نفسية المنشأ في أجهزة الجسم التي يسيطر عليها الجهاز العصبي المركزي وتشاهد في الهستيريا أو التي يسيطر عليها الجهاز العصبي الذاتي وتشاهد في الأمراض النفسية الجسمية :

- أعراض هستيرية؛ كالأعراض الحسية, العمى الهستيري و الصمم الهستيري وفقدان حاسة الشم والذوق والحساسية الجلدية في عضو أو عدة أعضاء والخدار الهستيري وهو : انعدام الحساسية العامة. والألم الهستيري, والأعراض الحركية, كالشلل الهستيري النصفي أو الطرفي أو في الجانبين أو القعاد الرعشة الهستيرية التشنج الهستيري والصرع وعقال العضل, وفقدان الصوت أو النطق الهستيري, والأعراض الهستيرية العامة كالمرض عند بداية الدراسة أو عند الامتحانات, ردود الفعل السلوكية المبالغ فيها للمواقف المختلفة, المرض بمرض عزيز مات به .
- أعراض نفسية جسمية : في الجهاز الدوري تظهر في الذبحة الصدرية, عصاب القلب, وارتفاع الضغط أو انخفاضه . والجهاز التنفسي كما الربو الشعبي, التهاب مخاطية الأنف . والجهاز الهضم يكما في قرحة المعدة التهاب المعدة المزمن القولون فقد الشهية العصبي الشراهة والتقيؤ العصبي والإمساك المزمن والإسهال المزمن . وفي الجهاز الغددي كمرض السكر, والبدانة , والتسمم الدرقي . والجهاز التناسلي كالعنة (الضعف الجنسي عند الرجل) القذف المبكر القذف المعوق البرود الجنسي (عند المرأة) تشنج المهبل العقم الإجهاض المتكرر . والجهاز البولي كاحتباس البول , كثرة مرات التبول , البوال , سلس البول , والجهاز الهيكلي كآلام الظهر, والتهاب المفاصل الروماتيزمي . والجلد كالأرتيكاريا, والتهاب الجلد العصبي, والأكزيما العصبية, وسقوط الشعر, وفرط العرق, وحب الشباب , والحساسية . والجهاز العصبي كالصداع النصفي , وإحساس

الأطراف الكاذب . وأعراض أخرى تلاحظ في الجهاز العصبي كاضطراب موجات المخ الكهربائية, عطـل إحدى الحواس, غيبة الإحساس في مناطق الأعصاب المخية والأعصـاب الشـوكية وغيبـة الانعكاسـات . وأعراض عامة الحساسية النفسية, وعدم التدين, وضعف الأخلاق, ونقص الميول والهوايات, واضطراب مستوى الطموح, وعدم وضوح أهداف الحياة , التمركز حول الذات, ووجـود مفهـوم سـالب , ووجـود محتوى خطير في مفهوم الذات الخاص .

الفصل الرابع

القياس والتشخيص والمآل

الفصل الرابع

القياس والتشخيص والمآل

القياس الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح . ويجب أن تكون عملية القياس واضحة تماماً لدى المعالج, من حيث أهميتها وهدفها وشروطها, ومصادر المعلومات والبيانات, وخطوات القياس. وهدف القياس هو فهم شخصية العميل دينامياً ووظيفيا, الوقوف على نواحي قوته ونواحي ضعفه, وتحديد اضطرابات الشخصية التي تؤثر على سعادته وهنائه وكفايته وتوافقه النفسي والاجتماعي, وعلاقاته بالآخرين خاصة الأقرب إليه, وفهم حياته الحاضرة والماضية وعلاقتها بمشكلاته ومرضه. ويجب أن يؤدي القياس الدقيق الموضوعي بقدر الإمكان إلى تشخيص قائم على أساس تاريخ العميل, وأسباب اضطرابه وأعراض مرضه في ضوء ظروف حياته, والعوامل التي تدخلت في بناء شخصيته, والصعوبات التي واجهها, ونمط سلوكه .

شروط القياس :

يراعى دقة وموضوعية القياس وهي من الأمور التي يجب أن يحرص عليها المعالج من أجل الوصول إلى التشخيص الدقيق, ومن أجل تقييم عملية العلاج بعد القيام بذلك, حيث يمكن إعادة بعض الاختبارات مثلاً لملاحظة مدى التغير الذي طرأ على حالة العميل . وبذل أقصى جهد للحصول على المعلومات والبيانات بكافة الطرق حتى عن طريق الخطابات أو التليفون أو القيام بزيارات فعلية للطبيب المعالج أو المنزل أو المدرسة أو العمل وحث العميل على التعاون والاهتمام بعملية القياس, وسرية المعلومات .

تنظيم المعلومات : وهذا يجعل تفسيرها دقيقاً ويكفل الحصول على صورة كاملة للشخصية .

تقييم المعلومات : التي يحصل عليها المعالج , وعليه أن يحدد ما إذا كانت حقائق ثابتة أو احتمالات . ويمكن أن يقاس صدق العميل بسؤاله بعض الأسئلة التي لا يمكن الإجابة عنها بالنفي .

بعض الملاحظات العامة التي يجب أن يضعها الفاحص في حسابه أثناء عملية

القياس :

معرفة ماذا ولماذا وكيف ومتى ومن يسأل .

إتمام القياس بطريقة سهلة وطبيعية تمهد لها الخبرة والخلفية العلاجية .

التأني في الحكم والتقدير وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة أو الصدفية .

التثبت وتجنب التخمين أو الاستنتاج الخاطئ .

الاعتدال وعدم الإفراط في تطبيق القواعد العامة على حالة العميل الخاصة .

وضع مبدأ الفروق الفردية في الحسبان والنظر إلى العميل كإنسان فرد له شخصيته .

سلامة الحكم والتقدير وتجنب التسامح الزائد أو التعسف الزائد .

التأكد من توافر الأدلة الكاملة على السلوك المرضي عند العميل .

الاهتمام بالمظاهر المرضية الدائمة التي تؤثر على سلوك العميل وعلى حياته .

تجنب أثر الهالة في الحكم على العميل أي : أثر الفكرة العامة عن العميل أو الفكرة السابقة عنه أو صفة معينة بارزة فيه أو امتيازه من ناحية معينة .

تقدير العوامل المسببة والأعراض في ضوء ما ورد في الفصلين السابقين .

وسائل الحصول على المعلومات :

المقابلة؛ وهي الوسيلة الأولية الأساسية في القياس والتشخيص. وهي علاقة اجتماعية مهنية وجهاً لوجه بين المعالج والمريض في جو نفسي يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين, وهدفها جمع معلومات لازمة, ويتم فيها التساؤل عن كل شيء, وتتم بين المعالج والمريض. ويجب الإعداد الجيد للمقابلة بما يضمن أن تكون نتائجها مثمرة. وأن يكون المريض مسترخي واثقاً من المعالج.

ومن أنواع المقابلة : المقابلة الابتدائية, و المقابلة القصيرة, و المقابلة الفردية, و المقابلة الجماعية, و المقابلة المقيدة أو المقننة (أسئلة محددة), و المقابلة الحرة. ومن أنواع المقابلة حسب هدفها: مقابلة المعلومات, والمقابلة العلاجية, والمقابلة الشخصية . ومن أنواع المقابلة حسب الأسلوب المتبع فيها : المقابلة المركزة حول العميل, والمقابلة المركزة حول المعالج, ويتم إجراء المقابلة في خطوات وعلى مراحل مرنة تبدأ بالإعداد المرن لها وتحديد الزمن والمكان المناسب والتقبل وإنهائها نهاية متدرجة .

المقابلة في العملية الإرشادية:

تعتبر المقابلة في العملية الإرشادية العمود الفقري الذي ترتكز عليه باقي الطرق لجمع المعلومات عن المسترشد. ولا يتوقف استخدام المقابلة كطرقة لجمع المعلومات عن الإرشاد النفسي فقط بل أنها تستخدم وبشكل واسع كطريقة اتصال في كثير من التخصصات, ومواقف الحياة المختلفة. وتجمع معظم لتعريفات المقابلة الإرشادية على أنها علاقة مهنية مباشرة تتم وجهاً لوجه بين المرشد او المعالج والمسترشد في مكان وزمان محددين, يسعى المرشد او المعالج خلالها إلى مساعدة المسترشد في تحقيق هدف ما. ويتم خلالها استخدام فنيات ومهارات إرشادية مختلفة تسهم في تسهيل مهمة المرشد او المعالج وتحقيق هدف المسترشد.

ولكي تكون المقابلة الإرشادية الأداة الناجحة لتحقيق الأهداف المتوخاه لكل من المرشد او المعالج والمسترشد لا بد من توفر إجراءات أو شروط معينة تذلل المشكلات والصعوبات التي قد تواجه المرشد او المعالج عند إجراء المقابلة , ولا بد أيضاً من إتقان المرشد او المعالج لبعض الفنيات أو المهارات التي من شأنها أن تسهل التواصل بينه وبين المسترشد وتساعده بالتالي على تحقيق أفضل الإهتمامات والوقوف على أفكار ومشاعر المسترشد.

أولاً : شروط نجاح المقابلة

لتحقيق الأهداف المرجوة من العملية الإرشادية لا بد من توفر الشروط والإجراءات التالية:

1- إستعداد المسترشد لتلقي المساعدة أو التوجيه من المرشد او المعالج. أي أن يكون لدى المسترشد الرغبة والتطوع في طلب المساعدة وتقبلها. فأفضل المسترشدين من يقبل بنفسه على الإرشاد, أضف إلى ذلك ضرورة توفر عامل الصدق والصراحة في إعطاء المعلومات وتجنب التورية أو الحديث غير المباشر .

2- إستعداد المرشد او المعالج لتقديم المساعدة, ويشمل ذلك الإستعداد الجسمي والعقلي والنفسي حتى يبذل أقصى جهده لمساعدة المسترشد, أضف إلى ذلك ضرورة توفر القدرة العلمية والخبرة العملية الكافية لدى المرشد او المعالج لمواجهة اهتمامات المسترشد ومشكلاته .

3- الإعداد والتخطيط المسبق لمكان المقابلة وزمانها , أي أن يتم التنسيق المسبق للوقت المناسب لإجراء المقابلة, وأن تتم في مكان محدد تتوفر فيه الشروط

اللازمة لتحقيق راحة المسترشد.

4- تسجيل مضمون المقابلة وحفظه في مكان بعيد عن متناول أيدي الأخرين , وهدف التسجيل المحافظة على ما هو ضروري من المعلومات والملاحظات التي يتم تداولها خلال المقابلة , ويتم التسجيل عادة بطرق مختلفة كتدوين مضمون المقابلة كتابياً أو تسجيله سمعياً أو بصرياً بأجهزة التسجيل المعروفة .

وفي حالة التسجيل السمعي أو المرئي يفترض أن يكون المسترشد على علم مسبق بذلك, ويجمع كثير من المختصين على أن أفضل وقت لتدوين الملاحظات المختلفة عن مضمون المقابلة وسلوك المسترشد, هو عند انتهاء المقابلة مباشرة وقبل الشروع في المقابلات التالية, وإذا دعت الضرورة للكتابة أثناء المقابلة فيفضل الاختصار والإيجاز في ذلك بعد استئذان المسترشد, وتجنب الكتابة والكلام بنفس الوقت أو تحويل الإهتمام من المسترشد إلى الكتابة, لما لذلك من آثار سلبية على مشاعر المسترشد ودافعيته لمتابعة الكلام.

ثانياً: مهارات وفنيات المقابلة

تعتبر مهارات وفنيات المقابلة الإرشادية بمثابة مهارات اتصال مختلفة , تهدف إلى مساعدة المرشد او المعالج والمسترشد في تسهيل عملية الاتصال بينهما , فهي تساعد المرشد او المعالج على تنظيم عمله وفق أسس وخطوات معينة , وتعمل على صقل قدراته وتطويرها لمساعدة الأخرين بطريقة أكثر فاعلية , كما أن استخدام المرشد او المعالج لهذه المهارات من شأنه أن يساعد المسترشد في تحقيق فهم أفضل لمشكلته ولجوانب شخصيته المختلفة لا سيما الفكرية والعاطفية .

أما ابرز هذه المهارات الإرشادية فهي كما يلي:

أولاً : مهارة السلوك الحضوري.

ثانياً : مهارة التساؤل.

ثالثاً : مهارة التوضيح.

رابعاً : مهارة الإنعكاس والتي تنقسم بدورها إلى:

- إنعكاس المشاعر.
- إنعكاس المعاني.

خامساً : مهارة ملاحظة المسترشد .

سادساً : مهارة التلخيص .

أولاً : مهارة السلوك الحضوري

ويقصد بهذه المهارة السلوكات اللفظية وغير اللفظية المقبولة اجتماعياً, والتي تدل على الإصغاء والإنتباه , والهدف من إستخدام هذه المهارة هو أن يشعر المسترشد بأن المرشد او المعالج يصغي إليه بكل حواسه, مما يشجعه على الكلام بإنفتاح وحرية.

ومما يساعد على تحقيق هذه المهارة بنجاح أكبر أن يراعي المرشد او المعالج بعض العوامل التالية:

1- الوضع الجسمي المناسب: لا شك بأن لإتجاه جسم المرشد او المعالج ووضع جلوسه أثر كبير على تشجيع المسترشد على الكلام , فهناك الجلسة المصغية والجلسة غير المصغية والجلسة التي تدل على الإحترام والإهتمام .

2- الإتصال البصري : فالنظر في عيني الشخص الأخر أثناء الحديث هو مؤشر هام على الإهتمام والإنتباه .

3- النمط الصوتي:

يترك النمط الصوتي للمرشد إنطباعاً بارزاً لدى المسترشد ويؤثر على تجاوبه وتفاعله خلال المقابلة الإرشادية ومثال هذه المؤثرات السرعة في الحديث , إرتفاع الصوت, التردد, التلعثم.

4- المتابعة:

ويقصد بها قدرة المرشد او المعالج على الإنتباه والإهتمام لهدف المسترشد وحاجاته والتركيز على ما يثقل كاهله من مشكلات والتقاط ابرز ما يذكره المسترشد من أفكار ومواضيع تعتبر ذات أهمية بالنسبة له , كما تتحقق المتابعة بأن يراعي المرشد او المعالج عدم تغيير محور وموضوع المقابلة دون مبرر وأن يتجنب المرشد او المعالج مقاطعة حديث المسترشد بقدر الإمكان , وأن اضطر إلى ذلك فليكن وفق آداب معينة .

5- الإصغاء: يعتبر الإصغاء حجر الأساس في عملية الإتصال بين المرشد او المعالج والمسترشد, وهو المفتاح الرئيس الذي يساعد المرشد او المعالج على فهم حاجات المسترشد ومشكلاته , كما أنه يعتبر من المؤشرات الهامة التي يعتمد عليها المسترشد للإستمرار في الحديث , والإصغاء فوق كل ذلك أداة للتعبير عن إحترام المرشد او المعالج للمسترشد وإهتمامه بأفكاره ومشاعره.

صعوبة الإصغاء

ورغم بساطة هذه المهارة في الظاهر إلا أنها تعتبر من أصعب مهارات الإتصال في المقابلة الإرشادية وذلك لمجموعة من الأسباب أهمها:

-1 إن الإصغاء مهارة أعمق من الإستماع أو الإنتباه, فهي تتطلب توظيف مهارات عقلية وحواس مختلفة, وهي كما يقال تحتاج من المرشد او المعالج إستخدام أذن ثالثة .

-2 إن الإصغاء يتطلب التركيز على شخص آخر خارج الذات, وذلك يعني أن نقلل من أهمية أنفسنا وما نحمل بين جنبينا من مشاكل ومشاعر وأفكار وخبرات شخصية, وأن يكون محور الإهتمام هو الشخص الآخر الذي نصغي إليه وهو المسترشد.

-3 الإختلاف في معدل التفكير وسرعته مقارنة بسرعة الكلام, حيث يؤكد العلماء أن الإنسان يستطيع أن يتكلم بسرعة تتراوح ما بين 150ـ250 كلمة في الدقيقة في حين أن التفكير يفوق ثلاثة أضعاف هذه السرعة , ولذلك فإن عملية الإصغاء لدى الفرد تتوقف أحياناً لكون الشخص المصغي يفكر مقدماً بما سيقال, أو أنه يفكر بما سيقوله هو, بعد أن يفرغ المتكلم من الحديث, وهكذا تصبح عملية الإصغاء إنتقالية, ويصعب على الفرد أن يكون مصغٍ جيداً كل الوقت.

فوائد الإصغاء

يحقق الإصغاء الفوائد التالية لكل من المرشد او المعالج والمسترشد:

1) يسمح بتفريغ الشحنات الإنفعالية لدى المسترشد.

2) يزود المسترشد بفرصة للتعبير عن أفكاره, ويشجعه على الإسترسال في الكلام.

3) يزود المرشد او المعالج بالمعلومات المختلفة التي من شأنها أن تساعده على فهم مشكلة المسترشد وتقديم المساعدة المناسبة .

4) يزود المرشد او المعالج والمسترشد بفرصة التفكير والتأمل .

5) يبعث على الاحترام والتقدير بين المرشد او المعالج والمسترشد, ويشجع على تكوين جو من الدفء والمودة بينهما.

طرق تحسين الإصغاء

فيما يلي مجموعة من العوامل أو الطرق التي يجب مراعاتها لتسهيل وتحسين عملية الإصغاء في المقابلة الإرشادية:

1) إدراك وفهم ما يقوله المسترشد, والبحث عن أبرز الأفكار التي يتضمنها حديثه.

2) إعادة صياغة الأفكار البارزة في حديث المسترشد وتلخيصها بلغة المرشد او المعالج الخاصة.

3) فهم النمط التنظيمي لما يقوله المسترشد, ويتم ذلك بواسطة التعرف على الطريقة التي يسرد بها أفكاره, وقد يعتمد النمط التنظيمي على إحدى الطرق التالية:

أ. الطريقة العددية , كأن يقسم حديثه إلى أولاً , ثانياً, ثالثاً .....

ب. الطريقة الزمنية, مثال ذلك: حينما كنت في مرحلة ما قبل المدرسة كان تفكيري كذا, وحينما أصبحت مراهقاً أصبحت أشعر بكذا ....

ت. الطريقة المكانية, مثال ذلك: أن يقول المسترشد في المدرسة أشعر بكذا وفي البيت ينتابني شعور بكذا, أما مع أصدقائي فإن مزاجي يصبح كذا ....

ث. طريقة المشكلة والحل, كأن يصف المسترشد مشكلته: المشكلة هي كذا وحاولت حلها بفعل كذا ....

4) تقبل المسترشد كما هو وفهمه من وجهة نظره هو, وبموضوعية تامة بعيدة عن أي عامل, كإختلاف جنس المسترشد أو إختلاف عرقه أو طبقته الإجتماعية أو مظهره الخارجي.

5) تجنب التقييم المبكر لما يقال, ويقصد بذلك عدم التسرع والحكم غير الناضج على ما نسمعه من المتحدث, وذلك لما يلعبه التقييم من دور بارز في قرار إستمرارنا في الإصغاء.

6) الحد من عوامل التشويش المختلفة سواءً أكانت داخلية ذاتية من المرشد او المعالج نفسه كالإرهاق والسرحان وأحلام اليقظة, أم كانت خارجية بيئية كوجود المثيرات المختلفة والنوافذ المطلة والأصوات المزعجة.

7) التساؤل: يعتبر التساؤل من أبرز الوسائل التي تساعد على الإصغاء الجيد لما له من تأثير إيجابي على التواصل الجيد والتفاعل وزيادة الإهتمام بالمتحدث .

8) الإنتظار وتجنب التسرع في الإستجابة لحديث المسترشد, حيث ينصح بالإنتظار والتأني لفترة ما بين 5ـ10 ثواني حتى يتسنى للشخص المصغي أن يستجيب بطريقة سليمة بعيدة عن التسرع أو الإستنتاج الخاطئ.

9) ضرورة الإصغاء ليس فقط لما يقوله المسترشد بل لما لا يقوله, أي الإنتباه إلى ما هو أبعد من اللغة اللفظية وأن يصغي لما يراه مرتسماً على وجه المسترشد ومن طريق تفكيره وتعبيره, وليس فقط لما يسمعه من المسترشد .

ثانياً: مهارة التساؤل (الدعوة المفتوحة للكلام)

تلعب مهارة التساؤل ـ طرح الأسئلة ـ دوراً بارزاً في جميع مراحل المقابلة الإرشادية, ذلك لما لها من أثر في تفعيل دور كل من المرشد او المعالج والمسترشد.

أهدافها :

بشكل عام تحقق مهارة التساؤل الوظائف والأهداف التالية:

1- الحصول على المعلومات.
2- إثارة اهتمام المسترشد وفضوله.
3- تشجع المسترشد على المشاركة بدور أكثر فاعلية في العملية الإرشادية.
4- التعرف على نمط تفكير المسترشد وطبيعة شخصيته وإتجاهاته .
5- التعرف على توقعات المسترشد من العملية الإرشادية .

عوامل نجاحها

1- توخي التلقائية وتجنب التصنع.
2- طرح الأسئلة الهادفة التي تساعد في الحصول على المعلومات الضرورية .
3- الإستخدام السليم للأسئلة من حيث وضوح الصياغة والمعنى وسهولة الألفاظ , وأن لا يحتوي مضمونه على أكثر من تفسير أو أكثر من إجابة .
4- إختيار الوقت المناسب الذي ينسجم مع موضوع الحديث والذي لا يقاطع به المسترشد.
5- طرح السؤال الملائم حيث يتوقع من المرشد او المعالج إختيار ما يناسب الموقف من أسئلة وإستفسارات.

أنواع الأسئلة

أ- الأسئلة المفتوحة

هي الأسئلة التي لا يجاب عليها بنعم أو لا وتلقى المسؤولية فيها على المسترشد لإعطاء معلومات تفصيلية ومطولة, بالإضافة إلى ذلك تتميز الأسئلة المفتوحة بما يلي:

1- تزويد المسترشد بالفرصة للتعبير عن ذاته فكرياً ووجدانياً.

2- تساعد في الحصول على معلومات توضيحية كإعطاء الأمثلة وتفصيل المعلومات الموجزة والمختصرة.

3- تعطي المرشد او المعالج الفرصة للتفكير وفهم شخصية المسترشد بجوانبها المختلفة .

ومثال الأسئلة المفتوحة أن يسأل المرشد او المعالج:

- كيف تشعر الآن وقد استطعت التغلب على جانب من المشكلة ؟
- كيف ترى هذا الإقتراح تجاه مشكلتك؟
- هل لك أن توضح لي حقيقة مشاعرك الآن وقد بدأت تشعر بتحسن ؟

ب- الأسئلة المغلقة

تتميز هذه الأسئلة بأنها لا تعطي المسترشد حرية التعبير عن أرائه ومشاعره وإعطاء معلومات تفصيلية كما هو الحال في الأسئلة المفتوحة, بل تتطلب إجابات موجزة ومحددة , فالإجابة على هذا النمط من الأسئلة يقتصر أحياناً بنعم أو لا أو بإجابات قصيرة , ورغم أن الفائدة المرجوة منها لا تضاهي الفائدة المرجوّة من الأسئلة المفتوحة , إلا أنه يمكن القول إنها تفيد المرشد او المعالج في الحصول على معلومات دقيقة , ولا يستطيع المسترشد إلا الإجابة المباشرة والدقيقة في معظم الأحيان , ومثال الأسئلة المغلقة: هل تنوي التخصص في الفيزياء أم احد تخصصات الهندسة ؟ هل تحب المدرسة....الجامعة؟؟؟

ج- الأسئلة المباشرة

السؤال المباشر هو كل سؤال يبدأ بكلمة استفهامية وينتهي عادة بعلامة الإستفهام المعروفة, ويتميز هذا النوع من الأسئلة واضح ومباشر ويتطلب إجابة واضحة ومباشرة مثال ذلك:

- هل تستطيع أن توضح بتفاصيل أكثر ما حدث بينك وبين أخيك؟

- ما المشاعر التي انتابتك حين عرفت أن طلبك قد رفض للحصول على تلك الوظيفة؟

يلاحظ أن السؤالين السابقين هما من أنواع الأسئلة المباشرة المفتوحة التي يمكن للمرشد من خلالها الحصول على الكثير من المعلومات والتفاصيل, وهذا الأمر يختلف في حالة استخدام المرشد او المعالج لنمط الأسئلة المباشرة المغلقة , والتي تتميز الإجابة عليها بالإختصار والإيجاز , كما هو واضح في المثالين التاليين: هل أنت متأكد مما أخبرك به صديقك ؟..

أين يعمل والدك ؟...

د- الأسئلة غير المباشرة

تختلف الأسئلة غير المباشرة عن الأسئلة المباشرة بأنها لا تتضمن في بدايتها أياً من صيغ الإستفهام المعروفة, ولا تنتهي كذلك بإشارة الإستفهام , فالسؤال غير المباشر هو جملة خبرية يراد بها الإستفهام والتعرف على الرأي الآخر, ولذلك تحتاج هذه الأسئلة إلى مهارة متميزة في الصياغة وخبرة عميقة من جانب المرشد او المعالج.

مثال:

- لابد وأن لديك قدرة على التحمل جعلتك تصبر على مثل هذه الصعوبات.
- الآن وبعد هذه الإجازة يبدو لي أن لديك الكثير مما ستقوله.

ه- الأسئلة المزدوجة

يقصد بالأسئلة المزدوجة أن يوجه المرشد او المعالج للمسترشد سؤالين أو أكثر في نفس الوقت, أو أن يوجه سؤالاً واحداً يسأل فيه عن شيئين أو خيارين مختلفين.

كأن يسأل مثلاً :

- هل تنوي التخصص في الفيزياء أم الطب ؟..
- هل تشعر بتحسن الآن أم أن وضعك يزداد سوءاً ؟..
- كيف حالك اليوم ؟ هل وجدت صعوبة كي تصل إلى هنا ؟..
- أين تذاكر عادة ؟.. أتذاكر في بيتك ؟.. أم عند صديقك ؟.. أم لا تذاكر أطلاقاً ؟..

يلاحظ من الأمثلة المطروحة ما للأسئلة المزدوجة من سلبيات وتحديد لحرية

المسترشد في التفكير والتعبير, فهي بلا شك تسبب له الإربـاك ولا يعـرف منهـا كيـف سـيجيب سـيما وأن بعضها يحاول الإيحاء والتأثير ضمناً على مشاعره وتفكيره. هذا ويفضـل تجنـب الأسـئلة المحرجـة كـاللوم والاستجواب. ومثالها؛ ألم يكن لديك الرؤية الواضحة لتعرف بأن المعلم سيكتشف أمرك ؟..

ثالثاً : مهارة التوضيح(التغذية الراجعة).

هي بمثابة ردود فعل لفظية وغير لفظية تصدر عن المرشـد او المعـالج تـدل عـلى فهـم سـلوك المسترشـد وأفكاره ومشاعره , فهي تساعد كلاً من المرشد او المعالج والمسترشد في توضيح ما قد يكون غامضـاً خـلال المقابلة الإرشادية .

فالتوضيح يساعد المرشد او المعالج في فهم بعض مواقف الغموض في سلوك المسترشـد والتـي قـد تحـدث لأسباب عديدة منها :

1) عدم صراحة المسترشد وحديثه بطريقة غير مباشرة .
2) عدم قدرته على تنظيم أفكاره أو ضعف قدرته على التعبير اللغوي أو الإنفعالي.
3) الشعور بالخجل أو الإحراج لطرح مشكلته أو إستفساراته.
4) عدم الثقة بالمرشد او المعالج.

ومن جهة أخرى تساعد هذه المهارة المسترشد نفسه في توضيح مواقفه المختلفـة خـلال ألمقابلـة وتشـعره بأن المرشد او المعالج يفهمه ويتابع ما يقوله .

أهداف التوضيح

وبشكل عام يمكن أن نجمل أهداف التوضيح بما يلي:

1) إزالة الغموض وتبسيط المعقد من المواقف خلال المقابلة الإرشادية.
2) الوصول إلى فهم مشترك بين المرشد او المعالج والمسترشد.
3) توضيح الآراء المتعلقة بإتجاهات المسترشد وقيمه.
4) تسليط الضوء على ظاهرة أو سلوك ما يعتبر ذا قيمة وأهمية للمسترشد .

وسائل التوضيح

من أبرز الوسائل التي تساعد على إستخدام هذه المهارة بنجاح بالإضافة للأسئلة ما يلي :

أ- المشجعات

وهي الدلائل والمؤشرات اللفظية وغير اللفظية التي تشعر المسترشد بأنك

مصغٍ إليه وتتابع ما يصدر عنه من سلوكات مختلفة , والمقصود بالمشجعات اللفظية العبارات والألفاظ القصيرة مثل نعم , أيوه , كمان , بعدين , مفهوم , أما المشجعات غير اللفظية فمثالها طأطأة الرأس, هز الرأس إلى الجانبين, ملامح الوجه, الإتصال البصري, وضع اليدين, وطبيعة الجلسة.

ب- إعادة الصياغة

ويقصد بها إعادة ابرز ما يذكره المسترشد بلغة المرشد او المعالج الخاصة وبشكل مختصر, ولا تعني إعادة الصياغة أن يردد المرشد او المعالج ما سمعه من المسترشد كما هو بل إعادة صياغته بلغة المرشد او المعالج الخاصة بحيث يركز على ابرز ما يذكره المسترشد.

ولكي تستخدم هذه المهارة بفاعلية يجب أن تتضمن ثلاث عناصر أو خطوات وهي:

1. جملة إفتتاحية تتضمن أسم المسترشد.
2. صياغة الفكرة الرئيسة بشكل مختصر وواضح.
3. التأكد من المسترشد حول صحة المضمون كما فهمه المسترشد.

والموقف التالي يوضح المقصود:

المسترشد: بالنسبة لوالدي فإنه صبور ولا يتسرع في إتخاذ القرارات ويفكر قبل أن يقدم على فعل أي شيء ويتحمل الكثير من المسؤولية تجاه جميع أفراد الأسرة.

المرشد او المعالج: يبدو كما ذكرت يا محمد أن لدى والدك العديد من الصفات الإيجابية , أليس كذلك؟..

رابعاً : مهارة الإنعكاس

يقصد بهذه المهارة الإدراك الدقيق لعواطف المسترشد ومشاعره, وفهم وإستنباط أو إستنتاج المعاني المختلفة التي تتضمنها أفكاره وخبراته وقيمه وسلوكاته , كما تتضمن قدرة المرشد او المعالج على عكس هذه العواطف والمعاني إلى المسترشد بكل صراحة ووضوح سواء أكانت واضحة جلية للمسترشد أم غامضة أو ملتوية , ومن الواضح أن لهذه المهارة بعدين أساسيين:

- البعد العاطفي وهو ما يتعلق بعكس العواطف والأحاسيس للمسترشد.
- البعد المعرفي أو الفكري وهو ما يسمى بعكس المعاني للمسترشد.

* إنعكاس العواطف

تعرف هذه بقدرة المرشد او المعالج على فهم الجانب الوجداني من شخصية المسترشد وأن يعكس مشاعر المسترشد وأحاسيسه كما يراها ويدركها, وتتضمن هـذه المهـارة توضـيح المشـاعر الغامضـة والتعبـير عـن الدفين منها وإزالة الصراعات العاطفية إذا وجدت, ومواجهة التناقض بين الجانـب العـاطفي والسـلوكي في شخصية المسترشد, ولا شك في أن هذه المهارة تساعد المسترشد على مواجهة مشاعره وأحاسيسه والتعـرف عليها بموضوعية , كما يعكسها المرشد او المعالج.

* إنعكاس المعاني

يقصد بهذه المهارة البحث عن الأبعاد والمعاني المختلفة التي تتضمنها أفكار المسترشـد وخبراتـه المختلفـة, فهي تتضمن قدرة المرشد او المعالج على فهم وإستنباط المعاني المختلفـة التـي تتضـمنها أفكـار المسترشـد وخبراته وقيمه وسلوكاته.

ومما يؤكد على أهمية هذه المهارة أن الخبرات والمواقف والمشكلات التي يعيشـها المسترشـدون لا تحمـل نفس المعنى, أو نفس القيمة لجميع المسترشدين , فرغم أن الأفراد يمرون بنفس الخبرة وما تتركه من أثـر يختلف من شخص لآخر , ومن هنا جاءت هذه المهارة لمساعدة المسترشد عـلى تفحـص المعـاني المختلفـة لخبراته ومشكلاته وقيمه وإتجاهاته .

خطوات مهارة الإنعكاس

تتشابه الخطوات المستخدمة في مهارة الإنعكاس ببعديها إنعكاس العواطف, وإنعكاس المعاني بـالخطوات المستخدمة في إعادة الصياغة وهي:

1. جملة إفتتاحية تتضمن أسم المسترشد.
2. توضيح العاطفة أو الفكرة الرئيسة بشكل مختصر وواضح.
3. التأكد من المسترشد حول صحة المضمون كما فهمه المسترشد.

وفي ما يلي مثالان, يوضح الأول مهارة إنعكاس العواطف, والثاني مهارة إنعكاس المعاني:

المثال الأول :

المسترشد: إن أصعب ما أواجه الان هو أنني لا أدري ماذا أفعل ... إنني أحب

فعلاً زوجتي ولكن بنفس الوقت لا أرغب في مضايقة والدتي.

المرشد او المعالج : إذن أفهم منك يا حاتم بأن لديك مشاعر مزدوجة وأنك منزعج بسبب وقوعك في هذا الصراع ما بين حبك لزوجتك وواجبك تجاه والدتك ... أتشعر بهذا فعلاً !! ثم يتلقى تغذية راجعة من حاتم......

المثال الثاني :

سالم: ما أريد أن أقوله هو أنني بعد سنة من هذه تعاملي الصادق مع حمد, تجدني أحياناً أعتقد بأن هذه العلاقة ليست هي الصداقة الهادفة التي كنت أتطلع إليها.

المرشد او المعالج : وكأنني فهمت منك يا سالم بأن لديك توقعات مختلفة من الصداقة, هل بإمكانك أن توضح لي ماذا تعني لك الصداقة الهادفة ؟..

خامساً: مهارة ملاحظة المسترشد

تعتبر الملاحظة بحد ذاتها من أقدم الطرق المستخدمة لجمع المعلومات, وهي من أبرز الطرق المعروفة في علم النفس لدراسة السلوك, وفي المقابلة الإرشادية تلعب الملاحظة دوراًَ هاماً في فهم سلوك المسترشد وشخصيته وتفسير الكثير من المعلومات التي قد يجمعها المرشد او المعالج بالوسائل الأخرى.

أما أبز الجوانب التي يمكن ملاحظتها في المقابلة الإرشادية فهي:

أ- ملاحظة السلوك اللفظي

تتضمن ملاحظة السلوك اللفظي للمسترشد الإنتباه إلى طريقة كلام المسترشد من حيث سرعة الكلام, وقوة الصوت وإرتفاعه أو إنخفاضه والتردد والتلعثم في الكلام, كما تتضمن الربط بين علاقة هذه السمات اللفظية من جهة وسلوك المسترشد والمواضيع التي يتطرق إليها خلال حديثه من جهة أخرى .

ب- ملاحظة السلوك غير اللفظي

تؤدي اللغة غير اللفظية الجسمية دوراً هاماً في عملية الاتصال بشكل عام, ولا تقل أهميتها عن اللغة اللفظية, بل تعتبر متممة ومكملة لها, بل يذهب بعض المختصين في عمليات الاتصال الإنساني إلى أن اللغة غير اللفظية تكون ما يقارب 60 % من عملية الإتصال بشكل عام بين الأفراد.

ومن هنا جاءت أهمية ملاحظة اللغة غير اللفظية في المقابلة الإرشادية ودورها في فهم شخصية المسترشد وفي تفسير الأبعاد المختلفة لسلوكه .

وفيما يلي بعض الجوانب التي يمكن للمرشد أن يستعين بها لملاحظة السلوك غير اللفظي للمسترشد:

- لغة الجسم: ويشمل ذلك ملامح الوجه, لون البشرة, وطريقة الجلسة, وإتجاه الجذع .
- التعبيرات الحركية: حركة الرأس, حركة الجبهة, حركة الحواجب, حركة العيون, حركة الأطراف, إستقرار الجلسة, التململ وتغيير الجلسة, التوتر أو الإسترخاء في المقعد.
- اللغة الرمزية: وتشمل الدلالات المختلفة التي تحملها الرسائل الضمنية التي تصدر عن المسترشد خلال المقابلة كالكتابة أثناء الحديث أو الخربشة أو رسم أشكال معينة.
- لغة المظهر العام والملبس: بما يتضمن ذلك من أبعاد مختلفة كالنظافة والأناقة وتنافر الألوان ومعانيها النفسية .
- لغت الصمت فالصمت قد لا يكون إنقطاعاً عن الكلام أحياناً , بل هو كلام من نوع آخر , وأهداف الصمت أو أسبابه في المقابلة الإرشادية متعددة منها :

1- صمت لأهداف عملية التفكير.
2- صمت الإرتباك.
3- صمت الإحراج أو الخجل.
4- صمت الرفض والمقاومة أو عدم الإقتناع .
5- صمت الموافقة والتعبير عن المشاركة المطلقة .

ج- ملاحظة التطابق والإنسجام

ويقصد بذلك أن يتأكد المرشد او المعالج من عدو وجود تناقض في أقوال المسترشد , أو بين ما يقوله المسترشد وما يفعله أو بين ما يقوله وما يظهر عليه من ملامح خارجية, فإذا وجدت مثل هذه التناقضات على المرشد او المعالج أن يبرزها ويوضحها للمسترشد ويواجهه بوجودها, حيث أن كثيراً من المسترشدين لا يعون وجود مثل هذه الإختلافات والتناقضات لديهم .

سادساً : مهارة التلخيص

تعتبر هذه المهارة بمثابة التغذية الراجعة لكل ما قيل وتم بحثه خلال المقابلة

فهي بطريقة ما تشبه إعادة الصياغة, إلا أن الفرق بينهما هو أن التلخيص يكون لأجزاء أكبر أو أطول من المقابلة, ويمكن القول أن مهارة التلخيص تستخدم في المواقف التالية :

1- عند الانتهاء من المقابلة لتلخيص أبرز النقاط أو المواضيع .
2- عند بدء المقابلة لربطها مع مقابلات سابقة .
3- عند الانتقال من موضوع إلى آخر أثناء نفس المقابلة .

عناصر العلاقة الإرشادية

تعتبر العلاقة الإرشادية بين المرشد او المعالج والمسترشد علاقة متميزة فرغم أنها علاقة رسمية مهنية متخصصة إلا أن هناك من العوامل أو العناصر التي يجب توفرها بين المرشد او المعالج والمسترشد لتجعل من المرشد او المعالج شخصاً متميزاً ليس بعلمه وخبرته فحسب بل بسلوكه وتعامله وشخصيته الدافئة وتعامله الموضوعي مع المسترشد , أما أبرز هذه العوامل فهي:

- التقبل

يشير التقبل إلى معاملة المسترشد بموضوعية كما هو دون تحفظ أو تحيز لأي عامل كان كالعمر أو الجنس أو اللون أو العرق أو الطبقة الاجتماعية أو المظهر الخارجي كما أن التقبل الموضوعي يتطلب ألا يتأثر المرشد او المعالج بطبيعة مشكلات المسترشد أو علاقة هذه المشكلات بظروف المرشد او المعالج الخاصة أو مشكلاته وخبراته الشخصية السابقة , فالتقبل بهذا المعنى يشير أن يتحرر المسترشد من كل قيد وأن يعبر عن أفكاره ومشاعره بحرية وبجو تسوده الثقة والأمان .

- التقدير

يقصد بالتقدير تجاه المرشد او المعالج وإنطباعه الفكري والعاطفي عن المسترشد , وبهذا الخصوص يتحدث كارل روجرز عن هذا العنصر الهام في العلاقة الإرشادية فيقول : إن تقدير المرشد او المعالج للمسترشد يجب أن يكون تقديراً إيجابياً غير شرطي , أي أن يتقبله بطريقةٍ إيجابية دون شرط مسبق , وأن لا يعطيه وزناً أو قيمةًً سلبية تؤثر على نمط العلاقة الإرشادية أو على حجم الجهد الذي سيبذله لمساعدة المسترشد .

- الاحترام

عبارة عن السلوك اللفظي وغير اللفظي الذي يصدر عن المرشد او المعالج

تجاه المسترشد ويجسد طبيعة تقبله وتقديره له كما يكشف عن أفكار المرشد او المعالج ومشاعره تجاه المسترشد .

- الإهتمام

يقصد بالإهتمام تلك المشاعر والأحاسيس الدافئة التي تصدر عن المرشد او المعالج تجعل المسترشد يشعر بأنه موضع حب وعناية وإهتمام , ومن المعروف أن هذه السمة أو هذا العنصر من عناصر المقابلة الإرشادية , يميز الكثير من العاملين في مجالات الخدمات الإنسانية كالطب والتمريض والخدمة الاجتماعية .

- المشاركة الوجدانية

وهي عبارة عن قدرة المرشد او المعالج على وضع نفسه مكان المسترشد وما يترتب على ذلك من تفهم لمشاعره كما يشعر هو, ورؤية العالم ويفهمه من وجهة نظره. وتجدر الإشارة إلى أن هذا العنصر الهام من عناصر العلاقة الإرشادية لا يمكن أن يتوفر ما لم تتوفر العناصر السابقة, من تقبل وإحترام وإهتمام وتقدير إيجابي للمسترشد , وهذا ما يحتاجه هذا العنصر من فهم عميق لشخصية المسترشد وإدراك لعالمه الخاص كما يراه هو, ويمكن القول أن المشاركة الوجدانية تتضمن أن يرى المرشد او المعالج او المعالج العالم من خلال شخصية المسترشد, وأن يتمكن من الوصول إلى عالمه الفكري والعاطفي وأن يتعرف على طبيعة مشكلته وأسبابها من وجهة نظره هو .

والمشاركة الوجدانية هي خبرة مؤقتة تساعد المرشد او المعالج على تحقيق فهم أفضل لشخصية المسترشد ومشكلته مع المحافظة على دوره وقدرته على المتابعة في مساعدته دون أن يفقد السيطرة على مشاعره الشخصية ودوره كمرشد .

- الصدق

والصدق سمة شخصية تتضمن تعامل المرشد او المعالج مع المسترشد بواقعية وتلقائية وإنفتاح, فالواقعية سمة يجب الإلتزام بها من حيث النظرة إلى شخصية المسترشد وفهم ظروفه الشخصية والبيئية, ومواجهته بحقيقة مشكلته وأبعادها, وتقديم الإقتراحات المناسبة, كما يتضمن الصدق أن يتعامل المرشد او المعالج مع المسترشد بطريقة تلقائية بعيدة عن التصنع أو التزييف, وأن يتصرف على سجيته وطبيعته.

- الإنفتاح

أما الإنفتاح في العلاقة الإرشادية فيشير إلى قدرة المرشد او المعالج على مشاركة المسترشد مشاعره وخبراته الشخصية, ورغم أهميته في العلاقة الإرشادية إلا أن الكثير من المحاذير تدور حول إستخدام هذا العنصر لا سيما من قبل المرشدين المبتدئين, فللمرشد خبراته وتجاربه الايجابية والسلبية , وعليه إختيار الوقت المناسب والمسترشد المناسب لمشاركته مثل هذه الخبرات بطريقة بناءة تعود على المسترشد بالنفع والفائدة , وبشكل لا يسيء إلى العلاقة الإرشادية.

الملاحظة :

هي الملاحظة العلمية المنظمة للوضع الحالي للمريض في قطاع محدود من قطاعات سلوكه في مواقف الحياة اليومية الطبيعية ومواقف التفاعل الاجتماعي ومواقف الإحباط وغير ذلك مما يمثل عينات سلوكية ذات مغزى في حياة المريض . ومن أنواع الملاحظة؛ المباشرة , غير المباشرة , المنظمة الخارجية (يقوم بها المعالج ومساعدوه), الملاحظة المنظمة الداخلية من الشخص نفسه لنفسه, والملاحظة العرضية أو الصدفية, الملاحظة الدورية, والملاحظة المقيدة .

عوامل نجاح الملاحظة :

تعتمد اسس نجاح اسلوب الملاحظة على السرية والموضوعية والدقة والخبرة والشمول لعينات متنوعة من السلوك تتناول الإيجابيات والسلبيات ونقاط القوة والضعف.

خطوات إجراء الملاحظة :

الإعداد والتخطيط المحكم وتحديد الزمان والمكان, واعداد الأجهزة اللازمة لعملية الملاحظة, وإعداد دليل الملاحظة, واختيار عينات سلوكية ممثلة . وإجراء عملية الملاحظة مع التركيز على السلوك المتكرر والاهتمام بالسلوك الملاحظ وتفسيره .

دراسة الحالة :

هي وسيلة أو أسلوب لتجميع المعلومات التي يتم جمعها بكافة الوسائل عن المريض . وهي تحليل دقيق للموقف العام للمريض ككل وبحث شامل لأهم خبرات المريض . وهي وسيلة لتقديم صورة مجمعة شاملة للشخصية ككل بهدف تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتجميعها وتنظفها

وتلخيصها ووضع وزن كلينيكي لكل منها . وتعتبر دراسة تاريخ الحالة جزءاً من دراسة الحالـة تتضـمن موجزاً لتاريخ الحالة كما يكتبه المريض وكما يجمع عن طريق الوسائل الأخرى , أي أنها تعبر بمثابة قطـاع طولي لحياة المريض يختص بماضيه وتتبع حياته . ويعتبر الحصول على المعلومات عن تطلعات المريض إلى المستقبل جزءاً هاماً من دراسة الحالة ويفيد في المطابقة بين حاضر المريض ونظرته المستقبلية .

عوامل نجاح دراسة الحالة :

التنظـيم والدقـة في تحـري المعلومـات والاعتـدال بـين التفصـيل الممـل والاختصـار المخـل والاهـتمام بالتسجيل وتعطي دراسة الحالة فكرة عامة شاملة عن المريض في ضوء إطار معياري منظم .

مؤتمر الحالة :

هو اجتماع يضم كل أو بعض الأشخاص الذين يهمهم أمر المريض وكـل أو بعـض مـن لديـه معلومـات خاصة به ومستعد للتطوع والإدلاء بها وتفسيرها وإبداء بعـض التوصـيات بموافقـة المـريض . ومـن أبـرز أعضاء مؤتمر الحالة هيئة العلاج والأخصائيون , ويطلق على المـؤتمر في هـذه الحالـة مـؤتمر الأخصـائيين . وإذا ضم إلى جانبهم آخـرين ممـن يهمهـم الأمـر مـن غـير الأخصـائيين يسـمى مـؤتمر الأخصـائيين وغـير الأخصائيين . وقد يقتصر المؤتمر على المعالج والمريض والوالد . وقد يكون المؤتمر خاصـاً بمـريض واحـد أو بعدد من المرضى .

عوامل نجاح مؤتمر الحالة :

عقده في حالة الضرورة فقط واخذ موافقة المريض, ومراعاة المعايير الأخلاقية, وجعل الحضور اختيارياً, وإثارة اهتمام الحاضرين في جو غير رسمي مع مراعاة التخصصـات . ويتطلـب إعـداداً خاصـاً أو جـدول أعمال وأن يفتتح وتدور جلسته بحيث يؤدي إلى تحقيق الهدف وهو جمع المعلومات عن المريض .

الاختبارات والمقاييس:

من أهم وسائل جمع المعلومات, ومما يبرز أهميتها هو اهتمام الكثير من العيادات النفسية بإعداد ما يسمى برنامج الاختبارات والمقـاييس, وتتنـوع بـين التحريريـة واللفظيـة والعمليـة والفرديـة والجماعيـة واختبارات مقاييس السرعة والقـوة والأداء , ومـن الشرـوط الواجـب توفرهـا في الاختبـارات؛ الصـدق , والثبات . والتقنين , والموضوعية , وإظهار الفروق الفردية , وسهولة الاستخدام , وعند تعدد

الاختبارات والمقاييس يراعى الاعتدال في استخدامها . ويتطلب إجراءها مراعاة بعض الأمور الأساسية مثل: اختيار أنسبها حسب الحالة, وحسن اختيار الأخصائي الذي يقوم بإجرائها وتفسير نتائجها , وإثارة دافعية المريض لأخذها في مكان ومناخ نفسي مناسب .

السيرة الشخصية :

يطلق عليها البعض التقرير الذاتي, وهي عبارة عن قصة الحياة أو رواية الحياة كما يكتبها المريض عن ذاته بقلمه . وهي وسيلة شبه إسقاطيه يتناول فيها المريض معظم جوانب حياته في الماضي والحاضر وتاريخه الشخصي والأسري والتربوي والجنسي, والخبرات والأحداث الهامة في حياته ومشاعره وأفكاره وانفعالاته, وميوله وهواياته, وقد تكون السيرة الشخصية شاملة لمدى واسع من الخبرات متمركزة حول موضوع محدد, وقد تكون محددة بخطوط عريضة وموضوعات رئيسية ومسائل هامة, وقد تكون حرة وغير محددة, ومن مصادر السيرة الشخصية؛ الكتابة المباشرة والمذكرات الشخصية, والمذكرات اليومية, والمذكرات الخاصة, والمستندات الشخصية والإنتاج الأدبي الفني .

عوامل نجاح السيرة الشخصية :

استعداد ورغبة المريض وتحمله للمسئولية, وصدقه , وترتيب مادة الكتابة زمنياً وتحديد التواريخ والأماكن والشخصيات في اعتدال , وضمان السرية الكاملة للمعلومات . وتتم كتابة السيرة الشخصية عادة في إطار دليل يحدد خطواتها الرئيسية في مكان وزمان مناسبين.

السجل القصصي :

يطلق عليه أحياناً السجل القصصي الواقعي و السجل القصصي المشهدي وهو تسجيل موضوعي لمشهد من مشاهد سلوك المريض في الواقع في موقف معين كما هو كقصة واقعية, أي أنه صورة كتابية أو عينة سلوكية مكتوبة وقتياً عند حدوث الواقعة السلوكية يسجل الراوي ويقص ما شهد بالضبط في الواقع . وقد يضاف إلى السجل القصصي تعليق وتفسير وتوصيات . ويتوقف نجاح السجل القصصي : على تعدد التسجيلات , بحيث تغطي عينة ممثلة من المواقف والخبرات والأحداث وتعطي صورة متعددة الجوانب للشخصية والسلوك . ويجب أن يكون إجراء السجل القصصي وقتياً ويتضمن وصف السلوك وكتابة أكبر قدر ممكن من الموضوعية كما حدث فعلاً .

السجل المجمع :

هو الوسيلة الرئيسية لتجميع المعلومات, وهو سجل مكتوب يجمع ويلخص المعلومات التي جمعت عن طريق كافة الوسائل في شكل مجمع تتبعي أو تراكمي مرتباً زمنياً على مدى بضع سنوات, وهو يعتبر مخزن معلومات, ويشمل كل المعلومات عن المريض وحالته وبيئته, وقد يقتصر على صفحة واحدة , وقد يكون متعدد الصفحات .

عوامل نجاح السجل المجمع :

الشمول مع الاعتدال والانتقاء والاستمرار والمعيارية . والدقة والبساطة والتنظيم. والحفظ في سرية تامة وفي أيد أمينة .

دليل فحص ودراسة الحالة : يحتاج الفاحص إلى دليل للفحص يتناول بنوده الواحد تلو الآخر . ويجب أن ينظر إليه كدليل مرن غير مقيد حرفياً . وليس من الضروري أن يتناول القياس كل الفقرات المذكورة حرفياً وبجمود . ويجب أن يضع الفاحص في حسبانه سن وجنس وثقافة العميل .

البيانات العامة :

العميل : الاسم والجنس ومكان الميلاد .... . - الوالدان . - ولي الأمر . - الزوج أو الزوجة - . الأولاد. - الأقارب والآخرون .

لأفراد الذين يعولهم . - الآخرون الذين يمكن الاستفادة منهم . - محيل الحالة أو جهة الإحالة.

المشكلة أو المرض الحالي :

تحديد المشكلة أو المرض .- أسباب المشكلة أو المرض - . أعراض المشكلة أو المرض. - تاريخ المشكلة أو المرض .- طريقة حل المشكلات

الجهود الإرشادية والعلاجية السابقة . - التغيرات التي طرأت على الحالة . - المشكلات أو الأمراض الأخرى.

القياس النفسي

آخر فحص نفسي - . الإصابة السابقة بالمرض النفسي . - الأمراض النفسية في الأسرة. - الذكاء - . القدرات العقلية . - الشخصية .

اضطرابات الشخصية. - الصحة النفسية والتوافق النفسي. - الأسباب النفسية للمشكلة أو المرض - . الأعراض النفسية للمشكلة أو المرض. - الأمراض النفسية

البحث الاجتماعي :

آخر بحث اجتماعي - المشكلات الاجتماعية السابقة . - المشكلات الاجتماعية في الأسرة . - الأسرة . - المدرسة - . المهنة. -المجتمع . - عام .

القياس الطبي:

آخر فحص طبي . - الإصابة السابقة بالأمراض الجسمية . - العمليات الجراحية في الأسرة . - الأمراض الجسمية في الأسرة . - الأمراض الجسمية الوراثية في الأسرة . - الإصابات والجروح السابقة - . الحالة الجسمية العامة. - بيانات ومعلومات أساسية . - أجهزة الجسم . - الحواس -. العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية . - فحوص طبية أخرى .

القياس العصبي :

آخر فحص عصبي - . الإصابة السابقة بالأمراض العصبية - .الأمراض العصية في الأسرة . - الأمراض العصبية الوراثية في الأسرة . - المخ . الأعصاب المخية (الشمي – البصري – محرك العين – الاستعطافي – ثلاثي الوجوه – المبعد – الوجهي – السمعي الاتزاني – اللساني البلعومي – المتجول أو الرئوي المعدي – الإضافي – تحت اللسان) . - المخيخ . - الحبل الشوكي . - الأعصاب الشوكية - . الجهاز العصبي الذاتي. - الإحساس . فحوص عصبية أخرى .

ملاحظات عامة :

يجب على الملاحظين تدوين ملاحظات أو وضع تقدير على مقياس ثلاثي أو خماسي لمدى فهم العميل لطبيعة وغرض القياس .

يجب على الفاحص ملاحظة السلوك غير العادي أو الغريب الذي صدر من العميل أثناء القياس .

ملخص الحالة : يكون في ضوء البيانات العامة وتحديد المشكلة والقياس النفسي- والبحث الاجتماعي والفحص الطبي والعصبي والملاحظات العامة . ويشمل التوصيات التي يضعها الأخصائي ويكتب اسمه وتوقيعه وتاريخ القياس .

التشخيص

التشخيص عملية هامة في العلاج النفسي, وهو من صميم عمل المعالج . والتشخيص هو الفن أو السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض. وعملية التشخيص عملية معقدة تبلور نتائج عملية القياس الطويلة

المتشعبة. وتتضمن كذلك التعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه, وهذا له قيمة كبيرة بالنسبة لكل من المريض والمعالج . وهدف التشخيص هو الحصول على أساس لتحديد العلاج من خلال معرفة العمليات المرضية ونوعت الاضطراب العضوي أو الوظيفي. وفي التشخيص نلاحظ أن الأعراض تشير دائماً إلى خلل في التكوين النفسي والجسمي للفرد . ويفيد التشخيص الدقيق في الاختيار السليم لطريقة العلاج التي تناسب الاضطراب أو المرض, وقد يكون التشخيص سهلاً يصل إليه المعالج في الحال عند النظرة الأولى أو في المقابلة الأولى. وخصوصاً كلما زادت خبرته العلاجية, ولكن يجب على المعالج أن يتأنى قبل أن يضع التشخيص . ويحتاج التشخيص بصفة عامة والتشخيص الفارق بصفة خاصة إلى تدريب متخصص على مستوى عال . وكلما كان تشخيص المشكلة أو المرض مبكر كلما كانت فرصة نجاح العلاج أفضل .

التشخيص الفارق :

هو مصطلح مستعار من الطب وهو يقوم على التفرقة المنهجية بين أعراض مرضين أو أكثر لتقدير أي منهما هو الذي يعاني منه المريض, ويحتم التشخيص على المعالج أن يحيط علماً بطرق وأساليب زميله في القياس والعلاج وأن تزال الحدود المصطنعة بين الاثنين حيث أن هدفهما واحد وهو علاج الحالة . ومن أهم دواعي الاهتمام بالتشخيص الفارق : حالات الأمراض نفسية المنشأ والأمراض عضوية المنشأ وحالات الاضطرابات النفسية والاضطرابات الجسمية وحالات الأمراض الجسمية التي يصاحبها اضطرابات نفسية والأمراض النفسية الجسمية . لأنه في ضوء هذا التفريق تتحدد طريقة وإجراءات العلاج . والتشخيص الفارق يتطلب الاهتمام بما يلي : التعرف الواضح على أسباب المرض . والتفريق بين الاضطرابات العضوية والاضطرابات الوظيفية . وتقييم درجة الاضطراب العضوي والاضطراب الوظيفي . واكتشاف رد فعل الشخصية تجاه الاضطراب . وتقدير شدة الأعراض لأن الفرق بين الشخصية المريضة والشخصية السوية من حيث الأعراض فرق في الدرجة وليس في النوع . وإتباع الأساس العلمي والإحصائي في تصنيف وتحليل المعلومات . وتحديد فرض تشخيصي دينامي بخصوص طبيعة المرض . وتحديد مآل المرض . وتحديد نوع وأسلوب العلاج الذي يجب أن يتبع . ومصادر الخطأ في عملية التشخيص : واستجابة الأعراض : هو وجود مجموعة من

الاستجابات يدل وجودها أو عدم وجودها على وجود أو عدم وجود العرض الذي نحاول أن نشخصه . وقد يخطئ المعالج فيفسر غياب استجابة الأعراض كدليل على غياب المرض . ويمكن تفسير الخطأ في وجود استجابة الأعراض بما يلي؛ عدم فهم التعليمات وعدم فهم المصطلحات وعدم فهم طبيعة عملية التشخيص . عدم فهم المعلومات الأخرى التي تعطى أثناء عملية القياس, ونسيان التعليمات والمعلومات الأخرى المعطاة . والخطأ قد يحدث حين يخطئ المعالج في التشخيص حين يعطي العميل " استجابة الأعراض " رغم أنه غير مريض . ويمكن تلخيص أسباب ذلك فيما يلي؛ التخمين أو الاعتماد على الصدفة أو إيراد استجابات غير متعلقة بالموضوع, والكذب وعدم إظهار الحقيقة فيما يدلي به المريض من معلومات في المقابلة أو في الاختبارات النفسية. والإدراك المباشر, فقد يدرك العميل الحل الصحيح دون السير في عمليات بينية يهدف المعالج الكشف عنها . العمليات غير المتعلقة بالموضوع التي تبحث أو تتعلم في موقف القياس . ومن طرق التغلب على مصادر الخطأ في التشخيص؛ و للتغلب على عدم فهم التعليمات يجب إفهام العميل معنى المصطلحات والكلمات الخاصة, والتأكد عملياً من فهم التعليمات جيداً, وللتغلب على عدم فهم المعلومات الأخرى التي تعطى أثناء عملية القياس : يجب التأكد من انتباه المفحوص باستمرار والاستعانة بالدليل العملي على ذلك . وللتغلب على نسيان التعليمات والمعلومات الأخرى المعطاة : يجب اختصار التعليمات وسهولتها ووضوحها وتكرارها والتأكد من أن العميل يتذكرها . وللتغلب على التخمين أو الاعتماد على الصدفة أو إيراد استجابات غير متعلقة بالموضوع : يجب التغلب بالطرق الإحصائية على أثر التخمين ووجود عدد كبير من الفقرات , وإحداث توازن عكسي , والتوزيع العشوائي للفقرات . وللتغلب على مشكلة الكذب : يمكن أن يتضمن كل اختبار نفسي مقياساً للكذب يعرف بمقياس (ك) ويمكن استخدام جهاز كشف الكذب في بعض الحالات . وللتغلب على مشكلة الإدراك المباشر : يجب التثبت من صحة الإدراك , والتفرقة بين المعنى الظاهري للإدراك وبين واقع المثير المدرك وتجنب وجود أي نوع من الخداع في فقرات الاختبار . وللتغلب على العمليات غير المتعلقة بالموضوع التي تبحث أو تتعلم في موقف القياس : يجب تحاشي تعميم أو نقل استجابة سابقة إلى استجابة لاحقة .

التشخيص في حالة الأطفال :

يحتاج التشخيص في حالة الأطفال إلى إشارة خاصة هنا, وذلك للأسباب الآتية؛ ان الطفل مازال ينمو ولم يصل بعد إلى تمام نضج الشخصية جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً . والسلوك العادي وغير العادي عند الأطفال يختلف عنه لدى الكباركما ان المشكلات النفسية الخاصة بالأطفال تختلف مع النمو, ولذلك يجب أن يهتم المعالج بدراسة علم نفس النمو, ويمكن أن يعتبر مرض الطفل يعتبر عرضاً لمرض أحد الوالدين أو كليهما. وفي تشخيص الأطفال يجب الاعتماد على تقارير الكبار وخاصة الوالدين .

التشخيص والأسباب: يقسم البعض الأمراض النفسية والعقلية على أساس الأسباب . بينما في التشخيص والأعراض : يصنف البعض الأمراض على أساس الأعراض . ويجب ألا يقتصر التشخيص على مجرد إعطاء اسم لمجموعة من الأعراض , ويجب الاهتمام بدراسة العلاقات الدينامية بين الأعراض . اما في التشخيص والقياس فيعتبر القياس الدقيق هو حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح . ويجب أن يصل التشخيص إلى تصنيف المرض وتحديد وضعه بالنسبة لباقي الأمراض النفسية . وتتم عملية التفسير في التشخيص عن طريق فرض عدد أو أكثر من الفروض المتعلقة بالأسباب ومحاولة إثبات كل منها أو استبعاده . ويدخل في عملية التفسير الاستناد إلى نظرية أو أكثر من نظريات الشخصية والعلاج النفسي . ويرتبط التشخيص بالعلاج . ويرى البعض أن عملية التشخيص تدخل في صميم عملية العلاج ولا تقتصر على كونها مجرد تمهيد له . ويجب الاستعانة بالعديد من الاختبارات والمقاييس التي تستخدم في عملية التشخيص .

المآل :

القياس يتناول ماضي المرض وحاضره والتشخيص يتناول حاضر المرض بمعنى ما هو المرض مع نظرة إلى مستقبله . لكن المآل فإنه يتناول مستقبل المرض اي ماذا سيحدث في ضوء ماضيه وحاضره . ويتضمن المآل التنبؤ الذي يتحدد في ضوء بداية المرض وأسبابه وأعراضه ومكاسبه وفحصه وتشخيصه وطريقة علاجه , وشخصية المريض وتوافقه وبيئته وظروف حياته وصحته العامة . وهدف عملية تحديد المآل هو توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقع وتحديد أنسب طرق العلاج لتحقيق أكبر قدر من النجاح , وتحديد حد مرن للنجاح

يساعد في تقييم عملية العلاج .

ومآل المرض يكون أفضل في الحالات التالية : كلما كانت بداية المرض مفاجئة وحادة .كلما كان ظهور المرض حديثا ومدته قصيرة قبل بدء العلاج وفي خلال ستة أشهر . وإذا عرفت الأسباب المهيئة بدقة وعرف سبب مرسب محدد . وعندما لا توجد عوامل وراثية في الأسرة . إذا كانت الأعراض غير حادة . وكلما كانت الأهداف والمكاسب الأولية والثانوية من المرض قليلة . وإذا تناول القياس جميع النواحي النفسية والاجتماعية والطبية والعصبية . وإذا كان التشخيص دقيقا . وإذا بدأ العلاج مبكرا وقبل حدوث أي تدهور في الشخصية . وإذا كان العلاج سليما وبأسلوب الفريق النفسي والطبي والاجتماعي . وإذا تحمل المريض مسئولياته في العملية العلاجية وكان تعاونه صادقا . وكلما كانت الشخصية قبل المرض متكاملة ومرنة وناضجة نسبيا. وكلما كان للمريض تاريخ من التوافق العام والشخصي والاجتماعي والتربوي والمهني والجنسي, وعندما تكون البيئة الاجتماعية والرعاية الاجتماعية للمريض بعد العلاج أفضل, وعندما تكون بصيرته أفضل. وعندما يقبل بنفسه طالبا العلاج . وعندما تكون ظروف حياته أحسن . وعندما تكون صحته العامة سليمة .

الفصل الخامس

الصحة النفسية للمرأة

الفصل الخامس

الصحة النفسية للمرأة

تكمن الاهمية للصحة النفسية للمرأة اذا ما عرفنا ان ما نسبته60-70% من المترددين على العيادات النفسية هم من النساء, وهناك تساؤلات عن ماهية العوامل التي ربما تؤثر على توافقها النفسي؛ فهل بسبب التكوين البيولوجي ذو الإيقاع المتغير من طمث شهري إلى حمل إلى ولادة إلى رضاعة إلى انقطاع الطمث وما يصاحب هذه التغيرات من مظاهر فسيولوجية وانفعالية ؟ أم أن الوضع الاجتماعي للمرأة هو الذي يضعها تحت ضغوط مستمرة ومتعددة تؤدي في النهاية إلى إصابتها بالعديد من الاضطرابات النفسية والعصبية والجسدية ؟ . أم أن المرأة أكثر قدرة على التعبير عن معاناتها النفسية وأكثر شجاعة في طلب المساعدة الطبية في حين يعجز الرجل عن التعبير ويخجل من طلب المساعدة أو يتعالى؟

هذه الأسئلة وغيرها دفعت الكلية الملكية للأطباء النفسيين بإنجلترا للاعتراف بما يشبه الفرع الخاص بالاضطرابات النفسية لدى المرأة وتشجيع مجموعة خاصة للقيام بالأبحاث اللازمة لهذا الشأن بداية من عام 1995, وبعد ذلك خصصت المجلة الأمريكية للطب النفسي عددين كاملين عن علاقة المرأة بالطب النفسي سواء كانت المرأة معالجة نفسية أو مريضة نفسية . ووعلى مستوى المؤتمرات تم عقد أول مؤتمر دولي عن " المرأة والصحة النفسية " في معهد الطب النفسي في انجلترا عام 1970 ومازال يعقد كل عام بداية من ذلك التاريخ، ويضاف إلى ذلك المؤتمر الدولي عن المرأة والذي عقد في بكين تحت رعاية الأمم المتحدة لمناقشة قضايا المرأة من جوانبها المختلفة وذلك بهدف تحسين نوعية حياة المرأة, على الرغم من الانتقادات وعلامات الاستفهام حول هذا المؤتمر لانحيازه لوجهة النظر الغربية عامة والأمريكية بوجه خاص.

وقبل كل ذلك هناك تراث عظيم في الأديان والحضارات المختلفة يهتم بتنظيم شئون المرأة في علاقتها بالرجل على وجه الخصوص وعلاقتها بالمجتمع والحياة بصفة عامة, ففي القرآن الكريم سورة كاملة(من طوال السور) عن النساء إضافة إلى الأحكام التفصيلية الواردة في القرآن الكريم والسنة الشريفة

مبينة مكانة المرأة ودورها وأثرها.

المرأة والمرض النفسي

تكون المرأة قبل المراهقة أقل عرضة للاضطرابات النفسية ذات الصلة بالنمو العصبي(Neurodevelopment)، ولكن إذا تتبعناها في مراحل نموها التالية نجدها تمثل غالبية المرضى النفسيين من حيث العدد ومن حيث احتياجهن للرعاية النفسية . وقد بينت معظم الدراسات المجتمعية ازدياد نسبة الاضطرابات النفسية في النساء خاصة الاضطرابات النفسية البسيطة . وهناك بعض الاضطرابات التي تكاد تكون أكثر التصاقاً بالمرأة مثل اضطرابات الأكل والاكتئاب والاضطرابات النفسجسمية واضطرابات الجسدنة في حين أن الفصام وإدمان الكحول والمخدرات تكون أكثر التصاقاً بالرجل. وإذا كانت المرأة سيئة الحظ مع الاكتئاب(1:2)بالنسبة للرجل فإنها تبدو أحسن حظاً مع الفصام(الشيزوفرينيا) حيث وجد أنها أقل إصابة به إضافة إلى أن شدة المرض تكون أقل واستجابتها للعلاج تكون أفضل ويبدو أن هذا يرجع لاختلافات جينية تؤدي إلى اختلافات في الحساسية للدوبامين .

تأثير المرض النفسي للمرأة على الأسرة

تعتبر الأسرة هي الوحدة الاجتماعية الأهم، وهي الحضن للأطفال والسكن للزوج والملاذ الآمن والغطاء الواقي والحضن الدافئ للجميع، وفي قلب هذا الكيان الدافئ الحنون نجد الأم، فهي في مركز الدائرة الحنونة والراعية وبدونها لا تكون هناك أسرة، وبغيابها تغيب مصطلحات الحب والحنان والدفء والرعاية . ولذلك إذا حدث اضطراب نفسي لأي فرد من أفراد الأسرة فإن المرأة تتحمل العبء الأكبر وتشكل الخط الأول والأساسي للرعاية والاحتواء(عته الشيخوخة لدى الزوج، الإدمان لدى الابن، الانحراف السلوكي لدى البنت) ولكن الكارثة الأكبر تقع حين تتزلزل الأم ويتصدع بنيانها، أي حين تصاب بمرض نفسي فهنا يهتز المركز ويصبح البنيان الأسري بأكمله معرضا للتناثر حيث إن القوة الضامة الرابطة ممثلة في الأم قد اهتزت، فكيف نتخيل حال الأسرة وقد أصيبت الأم بالفصام(الشيزوفرينيا) واضطربت بصيرتها واختل حكمها على الأمور وتشوه إدراكها, كيف وهى في هذه الحالة تقوم بإدارة بيتها ورعاية زوجها وأطفالها ؟ أو كيف نتخيل حال الأسرة وقد أصيبت الأم بالاكتئاب الذي يجعلها عاجزة عن فعل أي شيء لنفسها فضلا عن غيرها,

ويجعلها كارهة كل شيء حتى نفسها وأطفالها وزوجها بعد أن كانت هي منبع الحب والحنان!! ولذلك فإصابة الأم بالمرض النفسي يعتبر بكل المقاييس كارثة متعددة الأبعاد تستدعي رعايتها في المقام الأول وبسرعة وفاعلية مع رعاية أفراد أسرتها الذين افتقدوا قلب الأم وروحها ويدها الحانية .

العنف ضد المرأة

ونقصد بذلك العنف بنوعيه الظاهر والسلبي, فما زالت نسبة كبيرة من النساء حتى في الدول المتقدمة(٥٠-٧٠%) يتعرضن للضرب من أزواجهن بدرجات مختلفة يصل بعضها إلى الموت أحيانا, هذا بالإضافة إلى العنف السلبي الأكثر انتشارا والمتمثل في الإهمال والتجاهل والتحقير والإلغاء والقهر والاستعباد والعناد والمكايدة من جانب الزوج، وهذا العنف السلبي يكمن وراء الكثير من الاضطرابات النفسجسمية واضطرابات الجسدنة لدى المرأة .

وحين نعود إلى تراثنا الديني في هذه المسألة نجد أنه ليس هناك ما يثبت أن رسول اللـه صلى اللـه عليه وسلم قد ضرب أحدا من زوجاته, وهو صلى اللـه عليه وسلم يستنكر في حديثه الذي ورد في الصحيحين ضرب الرجل لزوجته وكيفية الجمع بين ذلك وبين العلاقة الحميمية بينهما فيقول: " أيضرب أحدكم امرأته كما يضرب العبد, يضربها أول النهار ثم يجامعها آخره." واذا كان رسول اللـه صلى اللـه عليه وسلم قد نهى عن الضرب إلا للضرورة فقد وضع حدودا لذلك فقــال: " ضربا غير مبرح ", وقد سأل عطاء ابن عباس: ما الضرب غير المبرح ؟ .. فقال بالسواك ونحوه .

المرأة في القرآن والسنة:

وفيما يلي نورد بإيجاز شديد وضع المرأة في القرآن والسنة قال تعالى :

قال تعالى(وَ اللـه جَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَنفُسِكُمْ أَزْوَاجاً وَجَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَزْوَاجِكُمْ بَنِينَ وَحَفَدَةً وَرَزَقَكُمْ مِنْ الطَّيِّبَاتِ أَفَبِالْبَاطِلِ يُؤْمِنُونَ وَبِنِعْمَةِ اللـه هُمْ يَكْفُرُونَ)سورة النحل(٧٢). وقال تعالى (وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنفُسِكُمْ أَزْوَاجاً لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ)سورة الروم (٢١). وقال تعالى (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لا يَسْخَرْ قَومٌ مِنْ قَوْمٍ عَسَى أَنْ يَكُونُوا خَيْراً مِنْهُمْ وَلا نِسَاءٌ مِنْ نِسَاءٍ عَسَى أَنْ يَكُنَّ خَيْراً مِنْهُنَّ وَلا تَلْمِزُوا أَنفُسَكُمْ وَلا تَنَابَزُوا بِالأَلْقَابِ بِئْسَ الاِسْمُ الْفُسُوقُ بَعْدَ الإِيمَانِ وَمَنْ لَمْ يَتُبْ فَأُوْلَئِكَ هُمْ الظَّالِمُونَ)سورة الحجرات (١١). وقال تعالى "يا أيها الناس اتقوا

ربكم الذي خلقكم من نفس واحدة وخلق منها زوجها "... النساء (1). " ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجاً لتسكنوا إليها وجعل بينكم مودة ورحمة..." الروم (21). "وعاشروهن بالمعروف فإن كرهتموهن فعسى أن تكرهوا شيئا ويجعل اللـه فيه خيرا كثيرا" النساء (19). "الرجال قوامون على النساء بما فضل اللـه بعضهم على بعض وبما أنفقوا من أموالهم "النساء (34). وقال رسول اللـه صلى اللـه عليه وسلم: "استوصوا بالنساء خيراً فإن المرأة خلقت من ضلع وإن أعوج ما في الضلع أعلاه فإن ذهبت تقيمه كسرته وإن تركته لم يزل أعوج ، فاستوصوا بالنساء " (متفق عليه)... وقال صلى اللـه عليه وسلم "لا يفرك مؤمن مؤمنة إن كره منها خلقاً رضي منها آخر " (رواه مسلم).. وقال صلى اللـه عليه وسلم " أكمل المؤمنين إيماناً أحسنهم خلقاً وخياركم خياركم لنسائهم" (رواه الترمذي). وقال صلى اللـه عليه وسلم "حبب إلي من دنياكم الطيب والنساء وجعلت قرة عيني في الصلاة " .

صعوبات الخدمات النفسية للمرأة:

بالرغم من أن المرأة أكثر قبولاً لفكرة المرض النفسي وأكثر طلباً للمساعدة وأكثر مرونة في العلاج وأكثر تحسناً معه واستفادة منه إلا أن هناك عوائق كثيرة تعوق استفادتها من العلاج فهي تحتاج الإذن من زوجها أو أقاربها لكي تذهب للعلاج، وهم لديهم حالة من الإنكار للمرض النفسي أو يخافون من وصمته, أو يعتبرونه ضعفا في الإرادة أو الإيمان, وكثرة اللجوء للمعالجين الشعبيين والدجالين حيث ترجع المرأة مرضها في كثير من الأحيان إلى مس الجن أو السحر أو الحسد . وظهور الكثير من الاضطرابات النفسية لدى المرأة في صورة أعراض جسمانية . وبعض الاعتبارات الاجتماعية تجاه الاضطرابات النفسية خاصة إذا ارتبطت بشبهة الانحراف الأخلاقي مثل الإدمان واضطراب الشخصية وحالات الهوس والفصام . وإمكانية تعرض المرأة للاستغلال أو الابتزاز خلال مراحل العلاج . وعدم وجود أماكن علاجية كافية ومناسبة لاحتواء المرأة حتى تُشفى .

الإضطرابات النفسية لدى المرأة

من الامثلة على ذلك كدر ما قبل الدورة الشهرية حيث يصيب40 % من النساء،وما نسبته2-10 % من النساء يحتجن لمساعدة طبية. والاضطرابات النفسية أثناء الحمل كالاتجاهات نحو الحمل, والارتباط النفسي بين الأم

والجنين, وسيكولوجية زوج المرأة الحامل, وتأثير الحمل على العلاقة الزوجية والاضطرابات النفسية المصاحبة للحمل(بيكا الوحم والحمل الكاذب والقيء أثناء الحمل. و الإضطرابات النفسية بعد الولادة؛ مثل كآبة ما بعد الولادة, وتحدث في 50% من النساء بعد الولادة بأيام قلائل في صورة اعتلال مزاج وسرعة بكاء وشعور بالتعب وقلق وسرعة استثارة، وتقل حدة الأعراض مع الوقت ولا تتطلب سوى الطمأنة والدعم النفسي من الأسرة . وذهان ما بعد الولادة ويحدث في 1-2 من كل ألف ولادة, وتكمن الخطورة في أن 5 %من المريضات يقمن بالانتحار, في حين أن 4% يقمن بقتل أطفالهن, أي أن 9% من الحالات يحملن خطر الموت (للأم أو للطفل). ومن الناحية الإكلينيكية يكون ذهان ما بعد الولادة قريبا من الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أو الاكتئاب الجسيم المصحوب بأعراض ذهانية . وهو يحدث في أي وقت في السنة الأولى بعد الولادة, والوقت المتوسط لحدوثه هو من أسبوعين لثلاثة بعد الولادة, والوقت الأكثر توقعا هو ثماني أسابيع بعد الولادة .ويعتقد أن هذا الاضطراب يحدث نتيجة التغيرات الهورمونية السريعة بعد الولادة, أو الضغط الجسدي والنفسي لعملية الولادة, أو الإصابة ببعض الأمراض مثل تسمم الحمل أو بعض العوامل النفسية والاجتماعية، وحين يتم تشخيص هذا الاضطراب فيجب أن يؤخذ الأمر بجدية شديدة حيث إنه يعتبر أحد الطوارئ النفسية التي تحتاج لعناية خاصة وربما تحتاج لدخول المستشفي, والتعامل معه بمضادات الاكتئاب ومضادات الذهان والليثيوم وغيرها . ومشكلات المرأة العاقر, فالمرأة مسئولة عن 60% فقط من حالات العقم في حين يتحمل الرجل المسئولية عن 40% من تلك الحالات, ومع هذا يقع اللوم والعبء النفسي على المرأة وحدها، وقد بينت الدراسات أن 80% من حالات العقم لا يوجد سبب عضوي يفسرها, وأن نسبة كبيرة من هذه الحالات تكمن وراءها عوامل نفسية نذكر منها: عدم التوافق في العلاقة الزوجية مما يؤثر على التوازن الهورموني وعلى انقباضات الرحم والأنابيب, وجود صراعات نفسية لدى المرأة حول فكرة القرب من الرجل وما يصاحب ذلك من مشاعر التحريم والاستقذار للعلاقة الجنسية وربما يصاحب ذلك إفراز مواد مضادة تقتل الحيوانات المنوية, الشخصية الذكورية العدوانية(المرأة المسترجلة), الشخصية الأنثوية غير الناضجة بيولوجيا ونفسيا, البرود الجنسي والذي يسببه أو يصاحبه نشاط هورموني باهت وضعيف, الزوجة التي تأخذ دور الأم لرجل سلبي

واعتمادي, وجود رغبات متناقضة في الحمل وعدمه, شدة التعلق بالإنجاب واللهفة عليه واستعجاله (المرأة المستعجلة) مما يؤدي إلى نزول البويضة قبل نضجها, الصدمات الانفعالية المتكررة (والتي تؤثر على الغشاء المبطن للرحم وتؤدي إلى انقباضات كثيرة وغير منتظمة في الأبواق والأنابيب والرحم وعنق الرحم).

أزمة منتصف العمر وتحدث في كثير من النساء في بداية الأربعينات وأحيانا قبل ذلك حين يكبر الأبناء وينصرفون لحياتهم, وحين ينشغل الزوج بمسئولياته, وتجد المرأة نفسها وحيدة فتستغرق في التفكير في ماضيها وتشعر بالأسى والأسف على أشياء فاتتها وعلى أشياء فعلتها ثم تنظر إلى حاضرها فتجده أقل بكثير مما كانت تحلم به فزوجها الذي عاشت معه لم يكن أبدا هو فارس أحلامها, وأبناءها الذين ضحت من أجلهم لم يحققوا طموحها ولم يشعروا بتضحيتها, وشبابها الذي كانت تعتز به وتركن إليه قد بدأ يتوارى وجمالها قد أخذ في الذبول, ثم تنظر إلى المستقبل فتشعر بالخوف والضياع، وتختلف النساء في مواجهتهن لهذه الأزمة, فهناك نساء ناضجات يتقبلن الأمر بواقعية وتمر الأزمة بسلام خاصة حين تدرك نجاحاتها السابقة كأم وكموظفة وكزوجة وتعترف بالمرحلة العمرية التي تمر بها وتحاول رؤية مميزاتها والاستفادة منها, وفريق ثاني يتحملن ويقاومن في صمت ويخفين معاناتهن عمن حولهن ولذلك تظهر عليهن بعض الأعراض النفسجسمية أو اضطرابات الجسدنة, وفريق ثالث يفضلن الانطواء والعزلة ويزهدن في الحياة أو ينصرفن إلى العبادة ويتسامين عن رغبات البشر ويشعرن بالصفاء والطمأنينة والأنس بالله, وفريق رابع يستغرقن فى العمل والنشاط والنجاح في مجالات كثيرة على أمل التعويض عن الإحساس بالإحباط والفشل في الحياة الماضية, وفريق خامس يلجأن إلى التصابي والتصرف كمراهقات في ملابسهن وسلوكهن وربما تستعجل الواحدة منهن الفرصة التي تعتبرها أخيرة فتقع في المحظور الذي لم تقع فيه في شبابها, وفريق أخير يقعن في براثن المرض النفسي كالقلق أو الاكتئاب أو الهستيريا أو أعراض الجسدنة أو توهم المرض أو الرهاب أو أي اضطراب نفسي آخر، والعلاج يكمن في استعداد المرأة لهذه المرحلة قبل بلوغها ثم القبول الناضج بها وبكل مرحلة عمرية سابقة أو تالية, والرضا بما تحقق ثم محاولة تحقيق المزيد, وعدم تعليق كل الآمال والأحلام على الزوج والأبناء, ووجود أهداف ذاتية وحقيقية لكل مرحلة من

مراحل العمر, ووجود علاقة قوية بالله تعطيها الإحساس بالأمن الدائم والإحساس بالرضى بما قسمه الـلـه والأمل فيما عنده في الدنيا والآخرة، وتحتاج المرأة للدعم والمساندة من زوجها وأبنائها في حالة كونهم صالحين في هذه المرحلة وفي كل المراحل، أما إذا تضاعفت الأزمة ولم توجد المساندة فلا بأس من المساعدة الطبية المتخصصة .

نوبات الهلع (الزلزال النفسي): هي حالات مفاجئة ومزعجة جدا تأتي في صور مختلفة أهمها الشعور بالاختناق, وسرعة ضربات القلب أو هبوط حاد ومفاجئ في القلب وأنه قد توقف أو كاد أن يتوقف, أو برودة وتنميل في الأطراف وعرق غزير أو ضعف في اليدين والقدمين مع الشعور بفقد التوازن واحتمالات السقوط, وتشعر المريضة أنها على وشك الموت أو أنها تموت فعلا, أو أنها على وشك فقد السيطرة أو الجنون, ولهذا تهرع إلى أقرب مستشفي أو طبيب فيقال لها بعد عمل الفحوصات أنها سليمة تماما, ولكنها لا تهدأ ولا تستريح لأن النوبة تباغتها في أي وقت وفي أي مكان فتهدد سلام حياتها فتلزم بيتها وتصاب بالاكتئاب، وللأسف الشديد يتأخر ذهاب هذه المريضة للطبيب النفسي وتدخل في دوامة الفحوصات والتحاليل وتتردد على أطباء القلب والباطنة والصدر دون جدوى، وعلاج هذه الحالة بسيط وميسر على الرغم من إزعاجها ودراميتها, فبجرعات متوسطة من مانعات استرداد السيروتونين النوعية(ماسا) أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مع العلاج النفسي المعرفي السلوكي تتحسن معظم الحالات بإذن الـلـه .

ما بعد انقطاع الدورة(سن اليأس): نتيجة لانخفاض مستوى الهورمونات الأنثوية خاصة الأستروجين تحدث بعض الأعراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق يصاحبه بعض الاضطرابات الفسيولوجية كالإحساس بالسخونة يتبعه إحساس بالبرودة والعرق الغزير, والإحساس بالصداع والحرقان والسخونة في قمة الرأس مع اضطراب في النوم والشهية للطعام، وأحيانا تكون الأعراض بسيطة وتمر بسلام وتخف حدتها مع الوقت، وأحيانا أخرى تكون شديدة مما يستدعي العلاج الطبي والنفسي، والعلاج التعويضي بالهورمونات يحسن الحالة الجسدية والجنسية ولكنه لا يؤثر بشكل مباشر على الحالة النفسية .

المرأة والاكتئاب: المرأة عرضة للاكتئاب أكثر من الرجل بنسبة 2: 1, وربما يكون السبب وراء ذلك التكوين العاطفي للمرأة أو خبرات التعلق والفقد

الكثيرة في حياتها أو التغيرات البيولوجية المتلاحقة أو العمل المستمر بلا راحة أو كل هذه الأسباب مجتمعة .

الاضطرابات النفسية ذات الشكل الجسدي: فالمعاناة النفسية تتحول بلا وعي لأعراض جسمانية كي تأخذ مشروعية الشكوى وبالتالي العلاج والمساعدة خاصة في مجتمعات لا تعترف بالمعاناة النفسية وتعتبرها ضعفا في الشخصية أو الإيمان, أو أن المرأة لسبب أو لآخر لا تستطيع التعبير عن مشاعرها فيتولى جسمها هذه المهمة عنها وبذلك تكون الأعراض الجسمانية صرخة استغاثة لمن يهمهم الأمر فعلا أو نداء قرب للزوج أو للأولاد .

المرأة المطلقة: وهي تعاني من الطلاق ثم تعاني من نظرة المجتمع لها على أنها فاشلة ثم تعاني من شكوكه فيها على أنها أكثر قابلية للغواية ثم تعاني من حرمانها من إشباع حاجاتها العاطفية والجنسية والأسرية ثم تعاني مسئولية العناية بالأبناء إن تركهم لها الزوج أو تعاني من الحرمان منهم حين يأخذهم زوجها، ولا توجد في مجتمعاتنا وسائل مساعدة للمرأة المطلقة غير ما يجود به أهلها من الطعام والشراب والمأوى ونظرات الشفقة، والوصمة التي يلحقها المجتمع بالمطلقة تجعل زواجها ثانية أقرب إلى المستحيل، كل هذه الأمور تحتاج إلى الكثير من المراجعات والرؤية الإيجابية للمطلقة وإزالة الوصمة عنها .

الأرملة: ينسى الجميع احتياجاتها ويعتقدون أنها قد ماتت أو على الأقل ماتت مشاعرها واحتياجاتها منذ مات زوجها, لذلك تعاني حرمانا عاطفيا وجنسيا بقية حياتها إضافة إلى حرمانها الاقتصادي والاجتماعي هي وأولادها, ويصبح من العار عليها أن تفكر في نفسها أو في احتياجاتها في مثل هذه الظروف، ولذلك نحتاج كمجتمع أن نعيد النظر في موقفنا من الأرملة وموقفها من الحياة .

الثكلى: كثيرا ما تقع المرأة الثكلى فريسة للاكتئاب أو القلق أو كليهما دون أن يدري بها أحد على اعتبار أن حزنها يبدو منطقيا, ولكن الأمر في هذه الحالات يتجاوز حدود الحزن المعتاد إلى الاكتئاب المرضي الذي يحتاج بالضرورة إلى تدخل طبي نفسي .

زوجة المسافر: كثير من الرجال سافروا للعمل خارج البلاد تحت وطأة الظروف الاقتصادية الخانقة وتركوا زوجاتهن يعانين الوحدة والفراغ ويقاسين من صعوبة تربية الأبناء والسيطرة عليهم, ولهذا تجد زوجة المسافر نفسها تفقد أنوثتها شيئا فشيئا وتكبت احتياجاتها العاطفية والجنسية وتكتسب صفات

الذكورة كي تستطيع السيطرة على حياتها وعلى أبنائها وعلى نفسها, وإن لم تفعل ذلك ربما أفلت منها زمام أولادها أو زمام نفسها ووقعت في المحظور، ونحن هنا لا نتكلم عن حالات محدودة بل نتكلم عن ملايين تركهن أزواجهن ربما بعد الزواج بشهور قليلة ولا يرونهن إلا شهرا واحدا كل عام أو عامين ولا يربط بين الزوجين خلال سنوات الغربة الطويلة غير اتصالات تليفونية متباعدة وقروش قليلة تسد الرمق. وحين يقرر الزوج أن يعود يجد نفسه غريبا في أسرته وتجد المرأة نفسها غير قادرة على تغيير برنامج حياتها وحياة أبنائها فيقع الشقاق ويحدث الطلاق بعد كل هذا العذاب والحرمان.

ست قواعد أساسية تساعد المرأة في التغلب على المرض النفسي:

ـ لا للشكوى... تجنبي الشكوى الدائمة وعليك أن تتذكري أن كل انسان يتعرض للمشاكل اليومية.

ـ لا لطلب الشفقة... تجنبي الإشفاق على النفس وحاولي ألا تشغلي نفسك بتصرفات الغير وتجنبي التفكير السلبي وكوني مرحة.

ـ لا للتحليل السلبي.... تجنبي البحث عن الدوافع التي في المعاني التي تكون مختفية وراء ما يقوله أو يفعله الآخرون.

ـ لا للكمالية الزائدة.... تجنبي التطلع إلى مستويات الكمال المبالغ فيها لأن مستويات النجاح إذا كانت أكبر بكثير من مقدرتنا يتسبب عنها بالتأكيد الصراع والكبت.

ـ لا للاحباط والتفكير الاجتراري....تجنبي تحليل نفسك وأفكارك باستمرار.

ـ لا للطعام السيء.....تجنبي الغذاء غير المناسب وأحصلي على قسط كاف من النوم.

الفصل السادس

القلق النفسي

الفصل السادس

القلق النفسي

القلق النفسي:

تعتبر أمراض القلق من أكثر الأمراض انتشاراً مختلف أنواعها، وتكون أعراضه بصورة دائمة فى صورة شعور بالهلع أو الخوف الشديد."Overwhelming", و عدم القدرة علي التحكم في وساوس فكرية. ووجود ذكريات مؤلمة تعيد الإنسان لمعايشة الحدث, وشعوربالغثيان. وتصبب العرق. واهتزازات عضلية مع الشعور بعدم الراحة الجسدية.

إن القلق النفسي يختلف عن الشعور بالعصبية والقلق الذي يسبق حدوث شئ معلوم، حيث أن القلق النفسي يكون لا سبب له ولا يمكن التحكم في إيقاف الشعور بالقلق. وفي الحالة المرضية يكون القلق أحد أسباب عدم التقدم أو التفكير في حل. في حالة عدم العلاج يكون الشخص المصاب بأحد أنواع القلق في حالة من الخوف الشديد والرعب مما قد يؤثر علي حالته العملية والفكرية مما يؤدي الى خسارته علي الصعيد العملي والاجتماعي. ومن حسن الحظ أن هذه الأمراض تستجيب للعلاج الدوائي والسلوكى وإن كانت تحتاج لبعض الوقت والمثابرة والمتابعة علي العلاج مع القيام بالتغير السلوكي المطلوب من المريض.

أنواع أمراض القلق:

أ- الهلع: وهو قلق نفسي حاد يتميز عن غيره من الأنواع بشده الأعراض وحدوثها فجأة دون سابق إنذار، مع الشعور بأن المريض سوف يموت في هذه اللحظة وقد تتطور الحالة الى تجنب المواقف التي حدثت فيها أعراض الهلع، فمثلاًً إن حدثت في الشارع يتجنب المريض الخروج الى الشارع، حيث تسيطر عليه فكرة أن الموت سيدركه ولن يكون هناك منفذ له.

والأعراض الأساسية للهلع هي: ضربات قلب سريعة وعنيفة. وتصبب العرق. وارتعاش الأطراف. وعدم القدرة علي التنفس بشكل طبيعي. وإحساس بالاختناق. وغثيان والالام في البطن. ودواروشعور بعدم توازن. والشعور بعدم القدرة

علي التحكم وأن المريض سيفقد عقله أو يموت. وتنميـل في الأطـراف. ورعشـة فجائيـة وحـدوث نوبـات سخونة بالجسم. وبما أن هذه الأعراض تحدث فجأة وبدون سـبب محـدد فـإن أغلـب المـرضى يشـعرون كأنها ذبحة صدرية.

ب- الخوف الشديد: نحن جميعنا نشعر بالخوف في بعض الأحيان، ولكن الخوف الشـديد المـرضي يكـون المريض نفسه مدرك بعدم جدواه، لأنه لا يستحق هذا الكم مـن الخـوف ولكنـه لا يسـتطيع الـتحكم في هذا الخوف، وعادة ما يكون الخوف مرتبط بأشياء معينه أو أنشطة محـددة أو أحيانـاًً مواقـف بعينهـا قد يكون هذا الخوف بدرجة عالية بحيث يجعل الإنسـان يتجنـب هـذه المواقـف أو الأمـاكن مـما يـؤثر بصورة سلبية علي حياته العملية. فمثلاً إذا كان الخوف من التحدث أمام الأغراب أو أشخاص لا يعـرفهم الإنسان ويؤثر بصورة سلبية علي حياته الاجتماعية مما يؤدي به الى الانطواء. وهنالك ثلاثة أنواع أساسية من الخوف:

1- الخوف الشديد من شئ محدد: وهو شعور بخـوف حـاد وشـديد يصـعب الـتحكم بـه عنـد التعـرض لموقف أو خوف من شئ ما (منظر الدم – نوع من الحشرات – الإبر) والتي تعتبر غير مؤذيه في الحـالات العادية. وهؤلاء الأشخاص مـدركين أن مخـاوفهم لا أسـاس لهـا وهـي زائـدة عـن المفـروض ومبـالغ فيهـا ولكنهم لا يستطيعون السيطرة علي الشعور بالخوف الداهم الذي ينتابهم.

2- الخوف الاجتماعي: وهو الخوف الشديد الذي يصاحب المريض عندما يتعرض لموقف اجتماعي معـين مثل التحدث أمام مجموعة من الأشخاص أو إلقاء محاضرة أمام جمع الناس. حيث يشعر الشـخص بكـم من القلق الشديد وضربات قلب سريعة – عرق شديد – رعشـة باليـد – رغبـة بـالتبول ورهبـة شـديدة للموقف.

3- رهاب الساحة: كالخوف من التعرض لنوبة هلـع في أمـاكن عامـة يصـعب الهـروب منهـا ومـن شـدة الشعور بالخوف يتجنب المريض التواجد في هذه الأماكن العامة مما له تأثير علي نشاطه اليومي وحياتـه الاجتماعية.

ج- الوسواس القهري:

ان الوسواس القهـري**Obsessive Compulsive Disorder** هـــو تـردد أفكـار غـير منطقيـة عـلي ذهـن المـريض بصورة مزعجة له نفسه لأنه يدرك أنها غير سليمة

ولكنها تثير في نفسه قلق شديد يدعوه في أغلب الأحيان للقيام بأفعال بصورة متكررة علي أمل التخلص من هذه الأفكار ولكنها تظل تردد بداخله مما يدخل المريض في حلقة مفرغة من وساوس فكرية. ففي وساوس النظافة تسيطر على المريض فكرة تلوث اليد مما يسبب له انزعاج شديد وقلق نفسي حاد مما يدعوه الى غسل الأيدي عدة مرات بأسلوب معين متكرر ولكن في كل مرة يغسل يده فيها لا يزال يشعر بأن يده ما زالت غير نظيفة وتسيطر فكرة اتساخ اليد على ذهن المريض مما يجعله يغسلها مرة ثانية وثالثة ورابعة ... وهكذا. وتوجد أمثلة عديدة هل أغلقت الباب جيدا هل أغلقت الشبابيك هل كتبت الأرقام بصورة صحيحه وفي كل مرة تردد هذه الفكرة لأوقات طويلة يتبعها القيام بعملية تأكد بصورة متكررة وبنفس النمط. ويجب الأخذ في الاعتبار أن المريض نفسه يشعر بعدم صحة هذه الفكرة ولكنه لا يستطيع أن يمنع نفسه من التفكير فيها والتأثير بها والقيام بعمل شئ يقلل من شأنها. ومن الملاحظ مدى المعاناة التي يعانيها مريض الوسواس القهري ومدى تدخل هذه الأفكار في سير حياته اليومية. حيث أنها تعطله عن عمله وعن الاشتراك في الحياة الاجتماعية أو العملية.

مثال:

يقول جمال عن نفسه؛ انني أقضى اليوم كله فى التأكد ان كل شيئ على ما يرام. وأستعدادى للخروج من المنزل في الصباح يستغرق ساعة، لأنني غير متأكد ان كنت قد أطفئت جميع الاجهزه الكهربائيه مثل الموقد الكهربائى، واغلقت جميع النوافذ. ثم اتأكد لأرى ان كانت مدفئة الغاز مغلقة خمس مرات، ولكن اذا لم أشعر بالارتياح أعيد كل شيء من جديد, في النهاية على أي حال اسأل شريكة حياتى أن تفحص كل شىء بدلا عنى مرة اخرى, وانا اصل الى العمل متأخرا دائما.... أعيد فحص كل شىء عدة مرات خوفا أن أكون قد اخطأت.... اذا لم افحص كل شىء يصيبنى قلق لا يمكنني تحمله.... انه امر يدعو للسخرية أعلم ذلك.... لكننى اعتقد انه لوحدث شيء مروع ... سالوم نفسي بشدة....

مساعدة نفسك هنا:

- عرَّض نفسك للافكارالمزعجه
- قد يبدو الأمرغريبا، ولكنها طريقة للحصول على المزيد من السيطرة

عليها. سجلها واستمع اليها ، أو أكتبها واعد قراءتها. انت في حاجة الى القيام بذلك بشكل منتظم لنحو نصف ساعة كل يوم حتى ينخفض القلق .

- قاوم السلوك القهرى ولكن لا تقاوم الفكر الوسواسى.
- اذا كانت أفكارك تشمل القلق على ايمانكم او الدين فاحيانا يمكن ان يكون من المفيد التحدث الى رجل دين لمساعدتكم على التأكد اذا كانت المشكلة حقا مَرَضية .
- اتصل بأحدى مراكز العلاج النفسي للمساعدة .
- التثقيف السيكولوجي.

اختبار الوسواس القهري

	العامل الأول: (عامل عام للوسواس والقهر)	نعم	لا
	تطاردني الأفكار المزعجة.		
	تشغلني أشياء تافهة.		
	أنا شخص موسوس.		
	تسيطر علي أفكار سيئة.		
	أنا شخص متردد.		
	أنا متفائل.		
	أضطر للقيام بأشياء لا قيمة لها.		
	لا أستمتع بحياتي كبقية الناس.		
	العامل الثاني: (النظافة والنظام)		
	أغسل يدي مرات كثيرة.		
	تسيطر علي نظم معينة.		
	أستطيع أن أحسم بين الأمور.		
	العامل الثالث: (الشكوك الوسواسية)		
	لدي أسئلة يستحيل الإجابة عنها.		
	أشك في أشياء كثيرة.		

	تلح على خاطري أشياء معينة.			
	العامل الرابع: (البطء)			
	أتخذ القرارات بسرعة .			
	أنجز الأعمال ببطء شديد.			
	أتضايق بشدة عندما تصدر عني بعض الأفكار.			
	أعد الأشياء غير الهامة.			
	العامل الخامس: (المراجعة)			
	أتأكد قبل النوم من إغلاق الأبواب.			
	أعود للمنزل للتأكد من غلق الأبواب.			
	العامل السادس: (انتفاء الوسواس والقهر)			
	لا أكرر أشياء معينة.			
	لست مجبراً على فعل أشياء معينة.			
	لا أحب النظام الصارم.			
	لا أفكر فيما يقوله الناس.			
	العامل السابع: (الاهتمام بالتفاصيل)			
	لا أهتم بالتفاصيل.			
	أنا شخص مدقق ودقيق جداً.			
	العامل الثامن: (التكرار)			
	أميل إلى تكرار الأشياء أو العبارات.			
	العامل التاسع: (الترتيب)			
	قبل النوم أعمل أشياء معينة.			
	أشعر بأني مضطر إلى ترتيب الأشياء.			
	أنسى الأشياء المزعجة.			
	تلح على خاطري عبارة معينة.			

د- ضغط ما بعد الصدمة:

وهو نوع من الاضطراب النفسي الذي يحدث لهؤلاء الذين يتعرضون الى حدث صادم في حياتهم, حيث تكون حياتهم وشعورهم بالأمان مهدوما مثل اختطاف طائرة أو الزلازل أو حرائق في المنزل. ويتميـز هـذا المرض بشعور المريض بأنه فاقد للشعور ولا يستطيع أن يتعايش مـع الأحـداث حولـه. ودائـم التفكـير في الحادث الذي تعرض له وكأنه يمر به مرة أخرى. ولديه شعور بـالقلق الـدائم وعـدم الأمـان وكأنـه كارثـة أخرى سوف تحدث. وعادة ما يصاب هؤلاء المرضي بالاكتئـاب النفسي الحـاد وهـؤلاء المـرضي بحاجـة الى العلاج النفسي فور وقوع الحادث حتى يتمكنوا من اجتيازه بأقل خسائر نفسية.

ومن المعروف أن ضغط ما بعد الصدمة يأخذ بعض الوقت كي تظهر أعراضه ، وهذا الوقـت يتفـاوت فيقصر في بعـض الحـالات إلى أسـبوع ويطـول فى حـالات أخـرى ليصـل إلى ثلاثـين سـنة (Kaplan and Sadock 1994) وتتفاوت شدة الأعراض من وقت لآخر ولكنها تبلغ ذروتها فى أوقات الانضغاط النفسي . وقد تبين من الدراسات التي أجريت على الحـالات النمطيـة مـن كـرب مـا بعـد الصـدمة أن 30% مـن الحالات يتم شفاؤها تماما و 40% يستمرون فى المعاناة من بعض الأعراض البسيطة, و 20% يعـانون مـن أعراض متوسطة الشدة , في حين يبقى 10% كما هم أو يتدهورون أكثر. وهناك علامـات تشـير إلى توقـع المآل الجيد منها: ظهور الأعراض بعد وقت قصير من وقوع الحدث, قصر مـدة الأعـراض(أقـل مـن سـتة شهور), كفاءة أداء الشخصية قبل المرض, وجود تـدعيم اجتماعـي جيـد, وأخـيرا عـدم وجـود اضـطرابات نفسية أخرى مصاحبة للحالة .

هـ- القلق النفسي العام:

وهو حالة من القلق المستمر الزائد عن الطبيعي يشعر به المريض بصورة مزعجـة، لا يسـتطيع معهـا التكيف أو القيام بأعماله اليومية أو المشاركة في الحياة الاجتماعية. ويكون هنا المـريض في حالـة قلـق – عصبية – كثير الاهتمام بالأمور الصحية والعائلية – دائم التوقع السيئ ويستثار من أقل مؤثر خـارجي أو داخلي – له ردود أفعال عصبية وعنيفة غير متناسبة مع حجم الفعل الأسـاسي. وحـالات القلـق بمختلـف أنواعها تعالج أساساًً بمضادات القلق المختلفة مع وجود عـلاج سـلوكي في صـورة جلسـات عـلاج نفسـية يساعد المريض على اجتياز هذه المرحلة والعودة الى طبيعته الأولية. ويمثل القلق النفسي المرتبة الأولى في الانتشار

بين الأمراض النفسية وهناك فرق بين القلق الطبيعي المرغوب كالقلق مثلاً أيام الامتحانات وبين القلق المرضي الذي يحتاج إلى تدخل الأطباء. وتظهر الأعراض النفسية على شكلين:

1. الشعور بالعصبية أو التحفز والخوف وعدم الإحساس بالراحة
2. الأعراض الفسيولوجية الجسمية كخفقان القلب أو رعشة اليدين أو آلام الصدر وبرودة الأطراف واضطرابات المعدة وغير ذلك. والقلق النفسي أيضا يؤثر على التفكير والتركيز مما يكون له مردود سلبي على التحصيل الدراسي أو العملي .

وتعود أسباب القلق النفسي الى:

1. أسباب ناتجة عن الأفكار المكبوتة والنزعات والغرائز مما يؤدي إلى القلق وهي ما يسمى بالعوامل الديناميكية .
2. العوامل السلوكية باعتباره سلوكاً مكتسباً مبنياً على ما يعرف بالتجاوب الشرطي .
3. عوامل حيوية بإثارة الجهاز العصبي الذاتي مما يؤدي إلى ظهور زمرة من الأعراض الجسمية وذلك بتأثير مادة الابنفرين على الأجهزة المختلفة وقد وجد ثلاثة نواقل في الجهاز العصبي تلعب دوراً هاماً في القلق النفسي هي النورابنفرين (Norepinephrine) والسيروتونين (Serotonin)والقابا . (GABA)
4. العوامل الوراثية : أثبتت الدراسات وجود عوامل وراثية واضحة في القلق النفسي سيما في مرض الفزع . Panic Disorder

وعندما نتحدث عن القلق النفسي فإننا نتحدث عن مجموعة من الأمراض التي تندرج تحت هذا المسمى وكل مرض يتميز ببعض الخصائص المميزة له . من هذه الأمراض :

- الفزع والخوف البسيط Simple phobia
- رهاب الخلاء Agora phobia
- الخوف الاجتماعي Social phobia
- الوسواس القهري Obsessive compulsive Disorder
- قلق الكوارث Post traumatic stress Disorder

- حالات القلق الحاد Acute stress
- القلق العام Generalized anxiety Disorder
- **القلق الناتج عن الأمراض العضوية Organic anxiety أو استخدام الأدوية Anxiety related to medicine**
- **القلق النفسي المصاحب للاكتئاب Anxiety - Depression**

مثال تطبيقي على العلاج النفسي:

بيان تخطيطي للمرشد العلاجي لاضطراب القلق حسب الـ NICE

ما هي اعراض المريض

مزاج منخفض , نقص الاهتمام والمتعة , عزلة , طاقة منخفضة , نقص او زيادة شهية , اضطراب نوم , اضطراب الوزن , انخفاض التركيز , مشاعر ذنب وافكار انتحارية

نعم ←

أدخل المرشد العلاجي للاكتئاب

لا ↓

خوف , هجمات من الهلع , رعب مفاجئ , نوم سيئ , تركيز سيئ وتجنب

نعم

↓

ادخل المرشد الخاص بالقلق

↓ ↓↓

هجـمات متقطعـة مـن الهلـع او القلـق مـع افعال تجنبية لمنع هذه المشاعر

→ → نعم

اضطراب الهلع مـع او بـدون رهاب الساح
" اذهب للخطوة 1"

↓لا

هجمات من القلق المثار من حاث خارجي

→ → نعم

رهـاب , رهـاب اجتماعـي , رهاب بسيط
" لاعلاقـة لهـذا المرشـد بهـذا النوع من القلق "

↓لا

استثارة , نركيز سيء , نوم سيء , انزعاج وقلق

→ → نعم

اضطراب القلق المعمم
" اذهب للخطوة 1"

1- يجب اشتراك جميع محترفي الرعاية الصحية في اتخاذ القرار بالنسبة للتشخيص وكل مراحل الرعاية.

2- يجب تزويد المرضى وذويهم بمعلومات عن طبيعة علاج اضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم تتضمن استعمال الدواء والآثار الجانبية المحتملة.

3- يجب تزويد المرضى وعائلاتهم بمعلومات عن مجموعات الدعم ومجموعات المساعدة الذاتية وتشجيعهم للمشاركة في هذه المجموعات.

4- يجب تعريف المرضى الذين وضعوا على مضادات اكتئاب (بالرغم من أن الأدوية قد تسبب أعراض تحمل) أنها تسبب أعراض سحب لدى إيقاف الدواء أو إنقاص الجرعة. وهذه الأعراض عادة معتدلة ولكن يمكن أن تكون قوية إذا أوقف الدواء فجأة.

3- خطوات تدبير اضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم بشكل عام.

أ- الخطوة الأولى: التشخيص

يجب الحصول من خلال التشخيص على معلومات هامة وضرورية مثل تاريخ المرض تداخلات سابقة – خصائص فردية وثقافية أو أي معلومات قد تكون هامة في العناية اللاحقة.

ب- الخطوة الثانية: عرض المعالجة من ضمن العناية الأولية

1ً- بالنسبة لاضطراب الهلع:

- البنزويازبينات مرتبطة فأقل النتائج على المدى البعيد ويجب أن لا يكون قد وصف في علاج سابق لاضطراب الهلع.

- أي من الأنماط التالية كتداخل علاجي في الرعاية الأولية يجب عرضه على المريض مع العلم أنه يجب أخذ خيار المريض في الحسبان

وإن هذه الأنماط من التداخلات مرتبة حسب المدة التي تحتاجها للتأثير والتي يكون الطلب عليها أقل وهي كمايلي:

1- العلاج النفسي (CBT).

2- علاج دوائي SSRI (الكلومبيرامين و الايمبرامين) غير مرخصة للاستعمال في اضطراب الهلع ولكن لوحظ فعاليتها في التدبير.

3- الدعم الذاتي.

2ً- بالنسبة لاضطراب القلق المعمم:

- البنزويازبينات: يجب ألا تستعمل لأكثر من 2 – 4 أسبوع.

- الأنماط التالية من التداخلات العلاجية يجب أن تعرض على المريض ويجب إعلامه بأنها طويلة الأمد.

1- علاج نفسي C.B.T

2- علاج دوائي SSRI

3- المدعم الذاتي مستند على مبادئ الـ C.B.T.

ج- الخطوة الثالثة: اختيارات العلاج البديل. وإذا لم يتحسن المريض على العلاج يجب أن يقيم مرة أخرى والبدء بعلاج آخر.

د- الخطوة الرابعة: مراجعة وعرض توصيات من الرعاية الأولية. وفي أكثر الحالات إذا كان هناك تداخلان على المريض (سواء نفسي او دوائي) والشخص لم يتحسن ولديه اعراض هامة يجب احالته إلى اختصاصي الخدمات الصحية العقلية.

هـ- الخطوة الخامسة: الرعاية في الخدمات الصحية العقلية الاختصاصية.

يجب هنا دراسة الشخص بشكل شامل وإعادة تقييمه وتقييم بيئته وظروفه الاجتماعية.

معلومات هامة حول اضطراب القلق:

1- شائع 2- مزمن 3- سبب للعجز والاسى 4- لا يقدر (غالباً) حق قدره

- كل التداخلات العلاجية المحتملة لاضطراب القلق متوفرة:

أ- CBT.

ب- دوائي.

ت- دعم ذاتي.

- المرضى يتحسنون على العلاج ويحافظون على وضع أفضل.

- إن اشراك المرضى بشكل فعال مع المعالجين باتخاذ القرارات يحسن النتائج.

4- المرشد العلاجي:

إن هذا المرشد يحتوي على توصيات لتدبير اضطراب القلق المعمم واضطراب

الهلع (مع أو بدون رهاب الساح) عند البالغين (≤ 18 سنة) في الرعاية الأولية والثانوية والجماعية.

5-1- تدبير العام لاضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم:

إن مرضى اضطراب الهلع والقلق المعمم وكذلك القائمين على الرعاية الصحية بحاجة لمعلومات كاملة حول طبيعة الخيارات المتاحة للمعالجة. وإن مثل هذه المعلومات ضرورية لاتخاذ القرار المشترك بين المعالج والمريض. كما يجب اعطاء معلومات حول الكلفة الاقتصادية والاجتماعية لعلاج كلا الاضطرابين.

أ- اتخاذ القرار المشترك:

- إن اتخاذ القرار المشترك يجب أن يحسن من النتائج السريرية.
- إن اتخاذ القرار المشترك يحدث خلال عملية التشخيص وكل مراحل العلاج.
- يجب تزويد المرضى وذويهم والقائمين والمشتركين في الرعاية والمعالجة بمعلومات عن طبيعة وعلاج كلا الاضطرابين متضمنة الآثار الجانبية للأدوية.
- اختيار المريض للعلاج والتجارب العلاجية السابقة ونتائجها يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند اختيار العلاج التالي.

ب- اللغة:

يجب على المعالج والقائمين على الرعاية الصحية استخدام لغة خالية من المفردات التخصصية وإذا استخدمت يجب شرحها للمريض.

5-2- المرحلة الأولى في تدبير كل من اضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم.

التشخيص "المعايير التشخيصية" حسب ICD 10.

اضطراب القلق المعمم حسب ICD10.

1- توتر وهواجس ومشاعر خوف بخصوص مشاكل وحوادث الحياة اليومية تستمر لمدة أقلها 6 شهور.

2- مع أربعة أعراض من الجدول (1) أو الجدول (2) واحد منها على الأقل من بين الأعراض 1 إلى 4.

3- الاضطراب لا يحقق الشروط التشخيصية لاضطراب الهلع أو القلق الرهابي أو OCD أو الاضطراب المراقي.

اضطراب الهلع حسب ICD10

1- يعاني من نوب هلع متكررة غير ثابتة الترافق بظرف أو شيء محدد وتحدث بشكل عفوي (أي لا يمكن التنبؤ بها). لا ترافق نوب الهلع التعرض لظروف خطرة أو مهددة للحياة.

2- تتصف نوبة الهلع بما يلي:

- نوبة محددة بوضوح من الانزعاج والخوف.
- تبدأ فجأة.
- تبدأ ذروتها خلال دقائق وتستمر لعدة دقائق على الأقل.
- مع أربعة من أعراض القلق الواردة في الجدول (1) واحد منها على الأقل من بين الأعراض 1 إلى 4.

3- غير ناجمة عن مرض عقلي أو عضوي ولا عن اضطراب مزاج أو اضطراب جسدي الشكل ويقال حسب ICD10 إن اضطراب الهلع شديد عند الاصابة بأربع نوب على الأقل كل أسبوع لمدة أربعة أسابيع ومعتدل عند الاصابة بأربع نوب خلال أربع أسابيع.

- يجب أن تنتزع العملية التشخيصية معلومات هامة عن تاريخ المرض والسوابق الدوائية والخصائص الفردية الثقافية.
- يجب على الطبيب أن ينتبه للحالات المختلفة بالاكتئاب أو سوء استعمال دوائي.
- يجب معرفة تسلسل الشكايات التي يعاني منها المريض وهذا يساعد في رسم تسلسل زمني للأعراض وبذلك يتم تحسين أوضاع المرضى بفهم أولويات العلاج.
- عندما يعاني المريض من قلق مختلط بالاكتئاب يجب معالجة القلق أولاً ثم تدبير الاكتئاب في المراحل التالية.
- من المهم التنويه بأن هجمة الهلع لا تشكل بالضرورة اضطراب هلع ويجب التركيز هنا بالمعالجة على هجمة الهلع لمنع تطورها إلى اضطراب هلع.
- إن المرضى الذين لديهم ألم صدري غالباً ما يكون ذلك في سياق

اضطراب الهلع خاصة إذا كان المريض شاباً أو أنثى أو لم يكن لديه داء تاجي حالياً. وهناك شيئان آخران هما الألم الصدري غير الوصفي، أو سوابق قلق.

5-3- المرحلة 2 الى 5 لعلاج اضطراب الهلع:

المرحلة 2: تقديم علاج من الرعاية الأولية.

خيارات المعالجة:

1- العلاج النفسي الداعم CBT
2- الدوائي
3- الدعم الذاتي, وكل منها فعال, ويكون الاختيار نتيجة التقييم واتخاذ القرار المشترك.

بشكل عام:

- البنزويازبينات لديها نتائج أقل على المدى البعيد ويجب عدم وصفه لمريض اضطراب الهلع.
- مضادات الذهان ومضادات الهستامين غير مستطبان.
- يجب عرض جميع أنماط العلاج على المريض وتخبيره في ذلك.
- إن التداخلات التي تمتلك دليل أقوى حول مدة التأثير هي من الأدنى للأعلى:

1- علاج نفسي CBT. 2- دوائي (مضاد كآبة). 3- دعم ذاتي.

أ- العلاج انفسي: CBT.

1- يجب أن يقوم به فقط أشخاص مدرّبون حريصون على الالتزام بتطبيق البرتوكول العلاجي.
2- عدد جلسات CBT 7 – 14 جلسة.
3- يأخذ شكل جلسات أسبوعية 1 -2 ساعة للجلسة ولمدة لا تتجاوز الـ 4 أشهر.
4- العلاج السلوكي المعرفي القصير يجب أن يكون مركزاً على المعلومات المهمة والضرورية المناسبة.
5- CBT القصير يكون حوالي 7 ساعات ويجب أن يكون مصمماً فقط بتكميل العلاج بالدعم الذاتي.

6- CBT المركز على فترة زمنية قصيرة قد يكون مناسباً أكثر

ب- العلاج الدوائي: (مضاد اكتئاب).

- يجب أن يستخدم مضاد الاكتئاب في تدبير اضطراب الهلع على المدى الطويل.

- أصناف مضادات الاكتئاب التي تمتلك دليل على التأثير العلاجي هي:

SSRI + ثلاثيات الحلقة، والأمور التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند الاختيار بينهما هي:

أ- عمر المريض.

ب- فشل المعالجة السابقة.

ت- المخاطر: أخذ جرعة زائدة من قبل المريض بالخطأ، أو امكانية الأذى الذاتي المتعمد بالجرعة الزائدة.

ث- التحمل الدوائي.

ج- التداخلات الدوائية مع الأدوية المرافقة في العلاج.

ح- اختيار المريض للمعالجة البدئية.

خ- التكلفة الاقتصادية.

- كل المرضى الذين سيعالجون بمضادات الاكتئاب يجب تزويدهم بمعلومات حول الآثار الجانبية المحتملة (مثل الزيادة العابرة للقلق في بداية العلاج) وخطر قطع الدواء المفاجئ كما يجب اعلام المريض عن تأخر تاثير الدواء وأنه يحتاج لبعض الوقت ليتم ذلك, ولذلك يجب الاستمرار بتناوله وإن أي ايقاف له سوف يسبب أعراض سحب.

- SSRI (سيرترالين، باروكسيتين، فلوكسيتين) رخّص لمعالجة اضطراب الهلع ولكن إذا لم يحدث تحسن خلال 12 أسبوع من بدء العلاج يجب التفكير بالكلوميرامين والايميبرامين.

- عند وصف مضاد الاكتئاب يجب الأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية.

أ- رفع الجرعة ببطء لتجنب الآثار الجانبية.

ب- في بعض الحالات قد تستطب الجرعة الدوائية عند الحد الأعلى المقبول، وقد يكون ذلك ضرورياً ولذلك يجب أن تعطى.

ت- في بعض الحالات قد تكون المعالجة طويلة الأمد ضرورية.

ث- إذا تم التحسن يجب الاستمرار بالعلاج لمدة 6 أشهر على الأقل بعد الوصول للجرعة المثالية المطلوبة وبعد ذلك يتم انقاصها بشكل تدريجي وخلال فترة زمنية طويلة.

- إذا لم يحدث التحسن بعد 12 أسبوع من العلاج يجب اختيار مضاد اكتئاب آخر من الصنف البديل أو نمط آخر من العلاج.

- يجب على المعالج أن يخبر المريض أن أكثر المرضى الذين عانوا من أعراض الانسحاب الدوائي كانت دوخة – وخز – غثيان – اقياء – صداع – تعرق – أرق – قلق.

- إذا كانت الأعراض النسحابية معتدلة يجب طمأنة المريض ومراقبة الأعراض، وإذا كانت شديدة يجب إعادة تقييم المريض ووصف دواء من نفس الصنف ولكن ذو عمر نصفي أطول ويجب تخفيض الجرعة بشكل تدريجي مع الاستمرار في مراقبة الأعراض.

ج- الدعم الذاتي والتثقيف: Biblio Therapy معتمدة على مبادئ الـ C.B.T.

- اعطاء معلومات حول مجموعات الدعم وأماكن وجودها. (مجموعات دعم تمكن من اللقاءات وجهاً لوجهن أو مجموعات دعم بالمشاركة الهاتفية والتي تكون مستندة على مبادئ الـ CBT، أو اعطاء معلومات إضافية عن جميع سمات اضطرابات القلق.

- النشاط كجزء من الصحة العامة يجب أن تناقش مع المرضى.

- يوجد بحث حالي يقترح اعطاء المريض العلاج السلوكي الاستعراضي عن طريق الحاسوب والذي قد يكون ذو قيمة في تدبير القلق والاضطراب الاكتئابي ولكن على أي حال هذا لا يحمل دليل كافي.

-

الفصل السابع

الارشاد النفسي والصحة النفسية

الفصل السابع
الارشاد النفسي والصحة النفسية

مفهوم الإرشاد:

يعتبر الإرشاد العنصر الأساسي والعملية الرئيسية في عمليات التوجيه وخدماته وهو العلاقة التفاعلية التي تنشأ بين المرشد التربوي والمسترشد بهدف تحقيق أهداف التوجيه. والإرشاد هو علاقة مواجهه بين شخصين احدهما المرشد والأخر المسترشد , يكون فيها المرشد بهذه العلاقة وبالكفايات التي يملكها قادرا على توجيه الموقف التعليمي للمسترشد ومساعدته لإدراك ذاته ودوافعه وإمكانات مستقبله وفهم مشكلاته حتى يتمكن المسترشد من استخدام قدراته وطاقاته بشكل ايجابي يلبي حاجات مجتمعه, وليتمكن من الوصول إلى اتخاذ القرارات المناسبة في اختيار الحلول التي تناسبه للصعوبات والمشكلات التي تعترض حياته. ويتخذ الإرشاد أساليب مختلفة فقد يكون مباشرا أو غير مباشر فرديا أو جماعيا , وقد يكون الإرشاد تربويا أو مهنيا أو لحل المشكلات النفسية والانفعالية أو السلوكية أو غير ذلك. ويعتمد الإرشاد على المقابلة الإرشادية أو على وسائل أخرى مسانده كالاختبارات بأنواعها الشخصية والتربوية.

العلاقة بين التربية والتوجيه والإرشاد:

في بداية القرن الحالي كان تركيز التربية في المدارس على المواد الدراسية والمعلم , وكنتيجة لتطور الفكر التربوي بدأت تسود النظرة القائلة إن محور التركيز في التربية والتعليم هو الطالب وانه ككل متكامل بحيث أصبحت التربية والتعليم من اجل الحياة وليست من اجل العلم كما كان سائداً وتهتم بنمو شخصية الطالب في كافة جوانبها وهذه الفلسفة الحديثة للتربية تلتقي تماماً مع فلسفة التوجيه والإرشاد حيث يتفق الجانبان:

1. حول الأهداف النمائية وهي الاهتمام بتنمية شخصية الطالب في كل جوانبها وإيصاله إلى مستوى الذي يتناسب وقدراته وإمكاناته.
2. كلاهما يراعي الفروق الفردية ويعمل على تحقيق مطالب النمو للمراحل العمرية المختلفة.

3. كل منهما يهتم بتعليم الفرد الحياة الواقعية من خلال مساعدته على فهم ذاته بشكل أفضل وتطوير قدراته على مواجهة مشكلاته ووضع أهداف ملائمة له والعمل على تحقيقها.
4. إن كافة الخدمات التي يقدمها الجانبان يجمع بينهما مصلحة الطالب ومستقبله. وهذا يعني أن التربية والتوجيه وجهان لعملة واحدة وان كانت التربية اعم واشمل وتضم التوجيه , كما أن التوجيه اعم واشمل من الإرشاد ويضم الإرشاد , لذا فالتوجيه والإرشاد مكملان للعملية التربوية ولأهدافها ولا يختلفان مع التربية سوى في الأساليب التي تتحقق بها أهداف كل منهما. فالتربية تصل إلى الفرد المتعلم عن طريق التعليم , والتوجيه يصل إليه عن طريق الإرشاد وكلاهما يحمل خبر تعليمية إلا أن التعليم بما ينقله يعبر عن إرادة المجتمع وينقل رصيد الثقافة السائدة من قيم وأعراف ومعلومات ومهارات على شكل مناهج يقرها المجتمع, في حين يعنى التوجيه والإرشاد بالفرد وحاجاته ويساعده على التعرف بناء على اختياره مع مراعاة حاجات المجتمع , كما أن الفرد يتمتع بحرية أكثر في العملية الإرشادية مما هو متاح لديه في الموقف التعليمي.

مفهوم التوجيه

يقصد بالتوجيه مجموع الخدمات التربوية والنفسية والاجتماعية والمهنية التي تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم ذاته ومشكلاته وبيئته بشكل أفضل مما يساعده على التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته واستعداداته وقدراته العقلية والجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته , كما يهدف إلى مساعدة الفرد على تحديد أهدافه بما يتفق مع إمكاناته وإمكانات بيئته باختيار الحلول والطرق التي تناسبه لتحقيق هذه الأهداف, الأمر الذي يؤدي إلى تكيفه مع ذاته ومع مجتمعه بشكل أفضل مما يساعده على بلوغ أقصى ما يمكن أن يبلغه من النمو المتكامل في الشخصية وبهذا المعنى يتضمن التوجيه ميادين متعددة كالتعليم أو الحياة الأسرية , أو الشخصية أو المهنية, كما يشتمل أيضا على خدمات متعددة كتقديم المعلومات أو الخدمات الإرشادية والتوافق المهني . وقد يكون التوجيه مباشر أو غير مباشر فرديا أو جماعيا وهو يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته.

الحاجة إلى التوجيه والإرشاد:

إن العملية التوجيهية بما فيها الإرشاد هي عملية مستمرة لا تقتصر على وقت دون الأخر ولا تتناول مرحلة دون الأخرى فهي مستمرة طول الحياة , وقد ظهرت الحاجة إلى التوجيه والإرشاد نتيجة للتغيرات والتطورات التي حصلت في المجتمع في جميع مجالات الحياة التعليمية والمهنية والأسرية والاقتصادية والاجتماعية مما أدى إلى اختلاف ظروف الحياة التي يعيشها الفرد , وفي مجملها نتج عنها ظهور كثير من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والمهنية والسلوكية هذا بالإضافة إلى التطور الذي طرأ على أساليب التعليم وطرقه ومناهجه بحيث تم التأكيد على الاهتمام بنمو الطالب ككل سواء انفعاليا أو جسديا أو اجتماعيا, هذا الاهتمام أكد الحاجة إلى دخول خدمات التوجيه والإرشاد بشكل متخصص في المدرسة كجزء لا يتجزأ من العملية التربوية.

وقد تبين ان الفرد والجماعة في جميع المواقع والمراحل العمريه أو التعليمية بحاجة إلى توجيه وإرشاد كي يتمكن الفرد من:

1 . فهمه لذاته (معرفته لنفسه).

2 . معرفته لبيئته المحيطة وبظروف حياته الحاضرة والمستقبلية.

3 . التكيف مع ذاته ومع بيئته (واقع حياته).

4 . تطوير قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن من النمو.

5 . تحقيق ذاته.

إن للتوجيه والإرشاد وظائف أساسية:

- الوظيفة البنائية الإنمائية : وتتمثل في إثراء معرفة الطالب بنفسه والعالم المحيط به, واكتساب مهارات السلوك الاجتماعي وتطوير اتجاهات ايجابية نحو ذاته ونحو الآخرين, وهذا يتطلب رعاية للنمو السليم بمختلف مظاهره ومعرفة متطلبات وحاجات المراحل العمرية المختلفة التي يمر بها الفرد , وتضمين ذلك في برامج التوجيه والإرشاد في المدرسة.

- الوظيفة الوقائية : تحتل الوظيفة الوقائية حيزا كبيرا في برامج التوجيه والإرشاد, وتشمل تنمية إمكانات الطالب بهدف اجتناب الوقوع في المشكلات وتطوير قدراته على التعامل مع المواقف المختلفة وكذلك الإفراد من خلال توعيتهم بأسباب المشكلات وأنواعها وكيفية مواجهتها , كما انه محاولة للكشف المبكر عن الاضطراب في مرحلته الأولى بقصد السيطرة عليه ومنع تطوره, لذا يهتم برنامج التوجيه والإرشاد في المدرسة

على توفير شروط الصحة النفسية من خلال تلبية حاجات الطلبة وفق المراحل العمرية والتعليمية التي يمرون بها .

- الوظيفة العلاجية: وتتضمن المساعدة الفنية للطالب لحل مشكلاته ومساعدته على التكيف وتحقيق التوازن ألنمائي لديه , بحيث يكتسب في نهاية المطاف القدرة على توجيه ذاته والتغلب على صعوباته بنفسه في المستقبل.

أهداف التوجيه والإرشاد:

إن الهدف العام للتوجيه والإرشاد هو تحقيق الصحة الجسمية والنفسية والعقلية للفرد من جهة وتحقيق التكيف الاجتماعي والمهني من جهة أخرى .

1. تسهيل جوانب النمو الطبيعي لدى الفرد وتلبية متطلباته لمساعدته على بلوغ أقصى درجات النضج الاجتماعي والنفسي.
2. تنمية مهارات التوجيه الذاتي لدى الطالب, والوصول به إلى درجة الوعي بذاته وإمكاناته وفهم ظروفه وواقعه بحيث يستطيع مواجهة المشكلات المستقبلية بنفسه.
3. تحقيق التوافق بين الفرد وبيئته.
4. الوقاية من وقوع الفرد بالمشكلات.
5. تحقيق الذات من خلال استعداد الفرد الدائم للوصول إلى أقصى درجة ممكنة من فهم الذات وتطوير صوره ايجابية عنها .
6. تحسين العملية التربوية من خلال:

أ. إثارة الدافعية والحافز للتحصيل الدراسي عن طريق التعزيز والإثابة.

ب. مراعاة الفروق الفردية.

ج. تنويع المعلومات التي يتلقاها الطالب من علمية واجتماعية ومهنية بما يساعد على فهمه لذاته وإلقاء الضوء على حاجاته ومشكلاته التي يواجهها.

د. توجيه الطلبة إلى أساليب وعادات الدراسة الصحيحة لمساعدتهم على المرور بخبرات النجاح ذات الأثر ألتعزيزي في توفير الدافعية.

7 . مساعدة الطالب على الاختيار المهني والتربوي وفقا لميوله وقدراته في ضوء حاجات المجتمع ومصلحته.

8 . تحقيق مستوى مناسب من الصحة النفسية لدى الأفراد وتحقيق التكيف الاجتماعي والمهني لديهم . وهذا هو الهدف النهائي الشامل لعمليتي التوجيه والإرشاد. ويمكن تحقيق هـذه الأهـداف عـن طريـق التخطيط المشترك بين المرشد التربوي في المدرسة وبين إدارة المدرسة والمعلمين والطلبة وأولياء الأمـور مـن خلال تقدير حاجاتهم, وتعاونهم عـلى وضـع تنفيـذ الأسـاليب المناسـبة التـي تـؤدي إلى تلبيـة حاجـاتهم وتحقيق أهدافهم جميعا بما ينسجم ويتفق مع أهداف العملية التربوية والتوجيهية. وتتضـمن فعاليـات التوجيه والإرشاد التـي يمارسـها المرشـدون التربويـون في المدرسـة بالتعـاون مـع العـاملين فيهـا والمعنيـين خارجها , مجلات عديدة ومتنوعة نـذكر منهـا المجـالات التاليـة: مجـال نشرـ الـوعي الإرشـادي في البيئـة المدرسية , ومجال تحسين التحصيل الدراسي , ومجال التكيف وتحقيـق قـدر مـن الصـحة النفسـية لـدى الطلبة . وكذلك مجال التوجيـه المهنـي , ومجـال الدراسـات والبحـوث, ومجـال التوجيـه الوقـائي ألـنمائي والتثقيف الصحي والإرشاد الأسري وغير ذلك من المجالات في التوجيـه والإرشـاد, وتتحقـق أهـداف هـذه المجالات من خلال تقديم الخـدمات الإرشـادية وتوصـيلها لطلبـة المـدارس وللبيئـة المدرسـية باسـتخدام الممارسات والأساليب التوجيهية والإرشادية المختلفة والمتنوعة.

فعاليات التوجيه والإرشاد والخدمات التي يقدمها المرشدون:

1 . الإرشاد الفردي من خلال:

أ. إجراء المقابلة الإرشادية التي تهدف من خلالها إلى مسـاعدة المسترشـد عـلى فهـم أفضـل لذاتـه وللآخرين وعلى فهم أفضل لمشكلاته وصعوباته والوصول به إلى اتخاذ القرارات المناسبة للتغلب عليها وحلها , كما تهدف إلى الوصول بالمسترشد إلى مستوى من النضج والاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرارات وحل المشكلات المشابه في الحياة اليومية .

ب. المقابلـة الإرشـادية وتقـديم المعلومـات والاستشـارة الفنيـة للمسترشـد ومسـاعدته عـلى اتخـاذ القرارات المناسبة في مواجهة صعوباته.

ج. دراسة الحالة: وهي تستدعي عدة مقابلات إرشادية متتالية في فترات زمنية متقاربة وتهـدف إلى مساعدة المسترشد لفهم ذاته والعالم المحيط به بصورة أفضل ومساعدته على تخليصه من قلقـه وانفعالاته والوصول بـه إلى فهـم مشـكلاته واتخـاذ القـرار المناسـب لحلهـا وتعمـيم ذلـك عـلى المواقف الحياتية

المشابهة. ومن المعروف أن المرشد التربوي يتعامل مع الحالات اللاتكيفية ذات الطابع الانفعـالي البسيط أما الحالات الانفعالية الشديدة ذات الطابع المرضي فانه يحيلها إلى الجهات المعنية مـن ذوي الاختصاص .

2 . الإرشاد الجماعي: وهو عملية من خلالها يساعد المرشد التربوي مجموعات صغيرة من الطلبة, يتراوح عدد كل منها ما بـين (5ــ 11) مـن الطلبـة ويواجهـون مشـكلات متشـابهة , وذلـك مـن خـلال مناقشـة مشكلاتهم بحيث يساعدون بعضهم بعضا في فهمها ويتبادلون الخبرات في حلها , وذلـك مـن خـلال عـدة جلسات يشرف المرشد على إدارتها , مما يمكنهم ذلك من زيـادة خـبراتهم وتعـديل اتجاهـاتهم وسـلوكهم ويحقق لهم النمو الشخصي والاجتماعي, ومن أهم المشكلات التي يتناولها المرشدون في جلسـات الإرشـاد الجماعي قضايا التحصيل الدراسي والقضايا السلوكية.

وقضايا العلاقات الاجتماعية سواء مع الطلبة ببعضهم, أو علاقـة الطلبـة بـالمعلمين أو علاقـاتهم بـأسرهم وكذلك قضايا الانضباط المدرسي وقضايا التغيب والتأخر عن الدوام المدرسي , وقضايا التسرب.

3 . التوجيه الجماعي في الصفوف: يلتقي المرشد التربوي مع الطلبة خلال (حصـة دراسـية) تبلـغ مـدتها عـادة (40) دقيقـة في غرفـة الصـف, وينـاقش معهـم موضـوعات تهمهـم وتلبـي حاجـاتهم النفسـية والاجتماعية والعقلية , بحيث يعمل المرشد التربوي على تزويد الطلبة بمعلومات جديدة غـير متـوافرة في المنهاج المدرسي, وهذه المعلومات من شانها أن تصحح معلومات خاطئة لـديهم أو تسـاعدهم عـلى حـل مشكلاتهم بأنفسهم أو تعمل على وقايتهم من الوقوع في المشكلات وتكسبهم خـبرات جديـدة في كيفيـة مواجهتها , ومن الأمثلة على موضـوعات التوجيـه الجمعـي في الصـفوف قضـايا تتعلـق بمشـاكل الشـباب والمراهقة, وموضوعات تتعلق بأسلوب الدراسة الصحيحة والاستعداد للامتحـان وكـذلك مواضـيع تتعلـق بقلق الامتحـان وغيرهـا مـن الموضـوعات التوجيهيـة والوقائيـة والتثقيفيـة كالتوعيـة الصـحية والمروريـة والوقاية من حوادث الطرق والوقاية من الأمراض , وغيرها من المواضيع , ومن الأساليب المباشرة للتوجيه الجماعي : عقد الندوات والمحاضرات واللقاءات الجماعية في غرفة الإرشاد بالإضافة إلى التوجيه الجماعـي في الصفوف أما الأساليب غير المباشرة للتوجيه الجماعي فهي من خلال النشرات والمجلات والملصقات من

خلال الإذاعة المدرسية وغيرها.

4 . التوجيه المهني: ويعني مجموعة من الخدمات التي تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم ميوله وقدراته وإمكاناته , وفهم إمكانات البيئة بما فيها عالم المهن والكليات والجامعات والمعاهد والمراكز والمؤسسات التربوية والمهنية وحاجات سوق العمل ثم المواءمة بين إمكاناته وإمكانات البيئة لاتخاذ القرار في اختيار دراسة أو مهنة المستقبل التي تناسب ميوله وقدراته وإمكاناته.

ومن اجل تحقيق أهداف التوجيه المهني, يقوم المرشد التربوي بالممارسات والإجراءات التالية لتساعد على تزويد الطلبة بالمعلومات ألدقيقه والصحيحة والكافية عن ذواتهم وعن عالم المهن, واكتساب مهارات اتخاذ القرار في اختيار المهن المناسبة وهذه الممارسات والإجراءات هي:

أـ التوجيه الجماعي المهني.

بـ عقد الندوات والمحاضرات واستضافة أصحاب المهن من البيئة المحلية للتحدث عن مهنهم.

جـ الزيارات الميدانية المهنية لبعض المؤسسات التربوية والمهنية.

دـ الإرشاد الفردي المهني.

هـ إعداد النشرات عن المهن والكليات والجامعات.

وـ تكليف الطلبة بكتابة تقارير عن ميولهم وقدراتهم وإمكاناتهم.

5 . الإرشاد الأسري من خلال:

أ. المقابلات الفردية مع أولياء أمور الطلبة.

ب. الزيارات المنزلية.

ج. مجالس الآباء والمعلمين.

ويهدف الإرشاد الأسري إلى التعاون والتنسيق بين البيت والمدرسة بهدف مساعدة الآباء على فهم حاجات أبنائهم الطلبة والتعرف على المشكلات التي يواجهونها وأساليب التعامل معها , وكذلك توعية الآباء بالمراحل العمرية التي يمر بها الطلبة , ومتطلبات كل مرحلة وحاجاتها وكيفية التعامل مع الأبناء وأساليب معالجة القضايا والصعوبات التي يواجهها الأبناء, وكذلك التعاون مع المدرسة في تنفيذ البرامج العلاجية في مواجهة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطلبة .

6 . إجـراء الدراسـات والبحـوث: حيـث يقـوم المرشـد التربـوي في المدرسـة بـإجراء الدراسـات والبحـوث للظواهر التربويـة والتعليميـة للمشـكلات الطلابيـة في المدرسـة ويعمـل عـلى توظيفهـا لخدمـة العمليـة التربوية والإرشادية التي تهدف في النهاية مصلحة الطالب وتنمية شخصية بكل جوانبها.

7 . اللجنـة الإرشـادية وخدمـة البيئـة: يقـوم المرشـد التربـوي في المدرسـة بتشـكيل لجنـة خدمـة البيئـة ويختارها من مختلف الصـفوف في المدرسـة وتكـون مهمتهـا كفريـق مسـاند ومسـاعد للمرشـد التربـوي وللعملية الإرشادية في المدرسة بهدف تحسين العلاقات الاجتماعية بين الطلبـة بعضـهم بـبعض هـذا مـن جهة , ومن جهة أخرى تحسـين العلاقـات الاجتماعيـة بـين الطلبـة والمعلمـين والعمـل عـلى نشرـ الـوعي الإرشادي بين الطلبة كما تهدف هذه اللجنة على تشجيع الطلبة على ممارسة الأنشـطة والقيـام بـالإعمال التطوعية وخدمة البيئة المدرسية و المحلية والمحافظـة عـلى والعمـل عـلى تجميلهـا, إن ممارسـة الطلبـة للأنشطة المدرسية المتنوعة يسهم في تنمية شخصـياتهم وإمكانـاتهم وهوايـاتهم , ويمكـنهم مـن ممارسـة الأدوار القيادية وتحمل المسئولية وينمي لـديهم روح التعـاون والعمـل الجماعـي والالتـزام والحـماس في العمل التطوعي وخدمة الآخرين, إن هذه الأمور بمجملها تنمي لديهم التوجيه الـذاتي والضـبط الـداخلي وتساعدهم على التكيف والنمو السليم وتحقيق مستوى مناسب من الصحة النفسية لديهم.

المرشد والمركز الإرشادي الجديد:

أ . يبدأ المرشد التربوي عمله في المدرسة بالتعرف على البيئة المدرسية من خلال:

1 . التعرف على البناء المدرسي والخدمات المتوافرة فيه.

2 . التعرف على الأنظمة والتعليمات التربوية الخاصة بالمدرسة.

3 . التعرف على المناهج المدرسية الخاصة بكل مرحلة تعليمية.

4 . التعرف على إمكانات البيئة المحلية والخدمات المتوافرة فيها من مؤسسات صحية. وتربوية ومهنية واجتماعية بهدف تقديم الخدمات المتنوعة للطلبة .

5 . التعرف على الطلبة من حيث مراحلهم العمرية والتعليمية وتقدير حاجاتهم العمرية. والتعرف أيضا على الشعب الصفية وإعداد الطلبة فيها.

6 . التعرف على أعضاء الهيئة التدريسية وعلى خبراتهم ومستوياتهم العلمية.

ب . توضيح دور المرشد التربوي وطبيعة الخدمات الإرشادية التي يقدمها للبيئة المدرسية:

1 . يقوم المرشد التربوي بتوضيح الخدمات الإرشادية التي يقدمها في المدرسة وعن دوره مع الطلبة , من خلال الزيارات الصفية واللقاءات الجماعية والفردية.

2 . يقوم المرشد التربوي بتوضيح دوره لإدارة المدرسة وللهيئات التدريسية من خلال الاجتماعات الرسمية واللقاءات الجماعية والفردية.

3 . الاتصال بأولياء أمور الطلبة لتوضيح دور المرشد التربوي والخدمات الإرشادية التي يقدمها لهم والتركيز على دور كل من البيت والمدرسة في التعاون بينهما لمصلحة الطالب وذلك من خلال المقابلات الفردية والجماعية والزيارات المنزلية ومجالس الآباء والمعلمين.

خامساً : برنامج التوجيه والإرشاد في المدرسة:

يقوم المرشد التربوي في المدرسة بوضع برنامج متكامل ومنظم للتوجيه والإرشاد بهدف تقديم الخدمات التوجيهية و الإرشادية المباشرة منها, وغير المباشرة الفردية و الجماعية متضمنا خطوات العمل وإجراءات التنفيذ لمساعدة الطالب على تنمية شخصيته في كل جوانبها , وتطوير قدراته وإمكاناته ونموها إلى أقصى حد ممكن , ويراعي المرشد التربوي عند تخطيطه للبرنامج الإرشادي الأمور التالية:

1 . التعرف على حاجات البيئة المدرسية والعمل على تلبيتها.

2 . العمل على تلبية حاجات الطلبة وفق المراحل العمرية التي يمرون بها والتي تنسجم مع فلسفة وزارة التربية والتعليم.

3 . إشراك إدارة المدرسة والهيئة التدريسية بوضع البرنامج الإرشادي متضمنا توزيع المهام والمسؤوليات وخطوات العمل وأساليب التنفيذ.

4 . التركيز والاهتمام بالجانب الوقائي لاجتناب وقوع الطلبة بالمشكلات والحد من معيقات النمو والتكيف لديهم.

5 . الاهتمام بالجانب العلاجي لمساعدة الطلبة على التكيف الذاتي والبيئي والتغلب على صعوباتهم وحل المشكلات التي تواجههم داخل المدرسة وخارجها.

6 . تقديم خدمات التوجيه المهني لمساعدة الطلبة على اتخاذ القرارات المناسبة في الاختيار الأكاديمي والمهني بما يتوافق مع ميولهم وقدراتهم وإمكاناتهم ومتطلبات الدراسة أو المهنة.

7 . توجيه الطلبة وإرشادهم نحو أساليب الدراسة الصحيحة لضمان حسن سير دراستهم.

8 . التعاون والتنسيق مع البيئة المدرسية لتنفيذ البرنامج الإرشادي ليخدم مصلحة الطالب ونموه وتكيفه بشكل عادي وسليم.

9 . يقوم المرشد التربوي بالتخطيط للعمل اليومي والأسبوعي ضمن خطة متكاملة لتنفيذ البرنامج الإرشادي وذلك بالتعاون والتنسيق مع إدارة المدرسة حيث يقوم بالتخطيط المسبق للحصول على حصص التوجيه الجماعي أو المهني أو برنامج الزيارات ألمهنيه على سبيل المثال أو تحديد المواعيد اليومية لإجراء المقابلات الإرشادية الفردية أو مواعيد جلسات الإرشاد الجماعي.

10 . يراعي المرشد التربوي المرونة في التخطيط لتنفيذ البرنامج الإرشادي بحيث يسمح باستيعاب الظروف الطارئة والتعامل معها وفق الحاجات وتحديد الأولويات.

فعاليات الإرشاد مع الطلبة ودور المرشد التربوي

أ . يهدف برنامج الإرشاد والتوجيه إلى إثراء المواقف التعليمية والتعلمية لدى الطلبة في الجوانب التالية:

1. مساعدة الطالب في فهمه لذاته وللآخرين والتكيف معها ومع المجتمع بشكل أفضل.
2. تنمية التوجيه الذاتي لدى الطالب ومساعدته على استخدام أسلوب حل المشكلة واتخاذ القرار بنفسه وبطريقة موضوعية.
3. تنمية اتجاهات ايجابية لدى الطالب نحو نفسه والبيئة المحيطة به.
4. مساعدته على فهم مشكلاته والتخطيط لمستقبله الأكاديمي والمهني.
5. تنمية روح الفريق بين الطلبة عن طريق ممارسة العمل الجماعي التعاوني.
6. تنمية الاتجاهات الايجابية نحو الطالب ليكون أكثر حساسية ووعياً نحو حاجات الآخرين.
7. مساعدة الطالب على التكيف مع متطلبات الدراسة ومشكلاتها وتقييم

مستواه بشكل مستمر ومنتظم .

8. مساعدة الطالب على اكتساب فهم أفضل لعالم العمل من خلال البرامج المختلفة لهذه الغاية.
9. المساهمة في مساعدة الطالب على تنمية شخصيته ونموها بكافة جوانبها.
10. التعاون والتنسيق مع البيئة المدرسية لجمع المعلومات المهمة عن الطلبة بأساليب متنوعة , ثم القيام بتوضيح وتفسير تلك المعلومات للآباء والمعلمين.
11. استغلال الإمكانات المادية والبشرية المتاحة في البيئة المدرسية والمحلية وتوظيفها في تقديم الخدمات الإرشادية للطلبة.
12. التعرف على الطلبة ذوي الحاجات الخاصة ووضع البرامج المناسبة لهم والإشراف على تنفيذها وذلك بالتعاون والتنسيق مع الآباء والمعلمين.
13. مساعدة الطلبة والآباء على تقبل الإحالة إلى ذوي الاختصاص والمؤسسات الاجتماعية والمهنية مع المحافظة على علاقة وثيقة مع المختصين في تلك المؤسسات.
14. التعاون والتنسيق مع إدارة المدرسة والمعلمين لتوفير الأمكنة المناسبة في الصفوف للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة والقدرات الخاصة.
15. إظهار الاحترام بقيمة وكرامة وأهمية الطالب وحقوقه الانسانيه.
16. مساعدة الطلبة في الاختيارات السليمة فيما يتعلق بالمواد الدراسية والمهنية بما يتناسب مع قدراتهم وميولهم ومساعدتهم في التخطيط لمستقبلهم التربوي والمهني والشخصي والاجتماعي.
17. مساعدة الطلبة في تطوير عادات صحية واتجاهات وقيم ايجابية.
18. تشجيع الطلبة على المشاركة في النشاطات المدرسية الملائمة بهدف زيادة الفعاليات في نشاطاتهم الشخصية والاجتماعية.
19. متابعة حالات الغياب المتكرر المحالة إليه من قبل الإدارة أو اية حالات أخرى محالة إليه من قبل الإدارة أو المعلمين أو أولياء الأمور, وقبل إحالة الطالب إلى المرشد ينبغي التنسيق مع المرشد التربوي واطلاعه على طبيعة الحالة.
20. دور المرشد في مجال الخدمات الصحية:

أ. من خلال الملاحظة وسجل الطالب الإرشادي يتعرف المرشد على الذين يعانون من مشكلات جسمية وصحية (ضعف السمع وضعف البصر

وأمراض القلب والروماتزم) بالتنسيق مع أعضاء الهيئة التدريسية وإعلامهم بهذه الحالات لمراعاتها وكذلك بهدف توزيعهم في أماكن الجلوس في غرفة الصف وفي ممارسة الأنشطة التي تتطلب بذل جهد بدني كالتدريبات الرياضية.

ب. يتعرف على حالات الأمراض المعدية وبالتعاون مع الإدارة والمعلمين ليجري العمل على عزلها ثم وضع البرامج الوقائية لمواجهة انتشارها.

ج. ينسق المرشد مع لجان الأنشطة الثقافية والعلمية في المدرسة لوضع برامج تتعلق بالتوعية الصحية وإبراز العادات السيئة في الجلوس والتغذية.

21. دور المرشد في مجلس الضبط:

أ. يعمل المرشد كمستشار فقط لأعضاء مجلس الضبط حول ظروف ووضع الطالب المحال إلى مجلس الضبط دون أن يقوم المرشد بحضور اجتماعات المجلس.

22. دور المرشد التربوي في مساعدة الطلبة على تحسين التحصيل الدراسي لديهم:

أ. توعية الطلبة بأساليب الدراسة الصحيحة وكيفية الاستعداد للامتحان من خلال حصص التوجيه الجماعي في الصفوف , ومن خلال إصدار النشرات حول هذه المواضيع وتوزيعها على الطلبة.

ب. إجراء الدراسات المسحية بعد الامتحانات الشهرية أو الربعية أو الفصلية للتعرف على حالات الضعف الدراسي وأسبابه عند الطلبة ووضع التوصيات والحلول المقترحة حول نتائج هذه الدراسات وتقديمها لإدارة المدرسة لمناقشتها مع الهيئة التدريسية للعمل بها.

ج. تقديم الدعم والتشجيع للطلبة المتفوقين والاهتمام بهم لمساعدتهم على المحافظة والاستمرارية في تفوقهم الدراسي والعمل على زيادة دافعيتهم الدراسية.

د. توطيد العلاقات بين البيئة والمدرسة من خلال:

1. زيارات الآباء للمدرسة سواء بشكل فردي أو جماعي.
2. مجالس الآباء والمعلمين .
3. الزيارات المنزلية .

4. إصدار النشرات التربوية والمهنية .
5. المحاضرات والندوات.

والعمل على تقديم التوعية اللازمة في كيفية التعامل مع الأبناء والعمل على توفير الأجواء الصحية المناسبة في البيت لمساعدة الطلبة على الدراسة والعمل على زيادة دافعيتهم لها.

ه. مساعدة الآباء في تنفيذ البرامج الدراسية الخاصة لمساعدة الأبناء في التغلب على ضعف التحصيل وصعوبات التعلم.

و. تقديم الاستشارة اللازمة والمساعدة للمعلمين والتعاون معهم لمعالجة حالات الضعف الدراسي لدى بعض الطلبة.

ز. تقديم المساعدة اللازمة للطلبة ضعاف التحصيل من خلال الإرشاد الفردي أو الإرشاد الجماعي وتشكيل المجموعات الإرشادية العلاجية.

ح. التعاون والتنسيق مع إدارة المدرسة والمعلمين وأولياء أمور الطلبة لإعداد البرامج العلاجية لحالات الضعف ألتحصيلي لدى الطلبة .

ط. تقديم المساعدة اللازمة للطلبة الذين يعانون من الارتباك وقلق الامتحان ومساعدتهم على التغلب على هذه الصعوبات وتجاوزها .

ي. يعمل المرشد مع المعلمين من اجل أن يوظفوا تقنيات وأساليب متنوعة تساعد على توفير الإثارة والانهماك في العملية التعليمية لدى الطلبة .

ك. التعاون مع المعلمين للتعرف على حاجات الطلبة ضعيفي الدافعية للتحصيل وتشجيع المعلمين على استخدام التعزيز وأساليب تعديل السلوك لمعالجة حالات الضعف ألتحصيلي لدى الطلبة .

فعاليات الإرشاد مع الإدارة ودور مدير المدرسة

أ. مدير المدرسة هو أكثر أعضاء الهيئة التدريسية مسؤولية عن تخطيط برنامج التوجيه والإرشاد في المدرسة , والإشراف على تنفيذه وتعميمه ومن المنتظر أن يهدف برنامج الإرشاد والتوجيه إلى تطوير الفعاليات التالية بالنسبة للإدارة:

1. العمل مع المرشد على تخطيط برنامج الإرشاد بما يلائم حاجات الطلبة والمدرسة المساهمة في تنفيذه .
2. ملاحظة وإدراك وحصر حاجات الطلبة في المدرسة والعمل مع المرشد على وضع برامج وأنشطة تعليمية وتربوية تنسجم مع هذه الحاجات وتؤثر بشكل ايجابي .

3. دعم برنامج الإرشاد والتوجيه في المدرسة من خلال خلق مناخ ايجابي بين المعلمين والطلبة لنجاح الخدمات الإرشادية .
4. العمل على متابعة تنفيذ خطط الإرشاد وتقييمها بشكل دوري .
5. القيام بإدارة برنامج الإرشاد والتوجيه وتقديم التسهيلات الممكنة للمساعدة على نجاحه وتنسيق عمل فريق التوجيه و الإرشاد مع النشاطات والجوانب الأخرى من العملية التربوية .
6. توفير الأجواء الملائمة في المدرسة بحيث يكون العمل الإرشادي مقبولا لدى المعلمين وان يكون دور كل منهم واضحا في أذهانهم .
7. إدراك وملاحظة مستوى الخدمات التي يقدمها المرشد التربوي في المدرسة ومدى فعاليتها .
8. الإلمام بخصائص المرشد التربوي المؤهل والمدرب والخبرة اللازمة لتقديم خدمات التوجيه والإرشاد الفاعلة للطلبة .
9. أن يقوم بتشجيع أولياء أمور الطلبة بالمشاركة في النشاطات المدرسية والأنشطة التي تتعلق بخدمات التوجيه والإرشاد .
10. أن يقوم مدير المدرسة بتوظيف المجالس المدرسية لتنظيم الهيئة التدريسية في مجموعات عاملة تسعى لحل المشكلات التي تبرز حسب طبيعتها وأولوياتها ويستطيع المدير أن يستفيد من مهارات المرشد التربوي في المدرسة حيث يستطيعان العمل معا على تنظيم لقاءات واجتماعات بناءه للهيئة التدريسية فهما يتحملان المسؤولية الرئيسية لتقديم وإدارة اللقاءات التربوية الهادفة في المدرسة .

ب. دور المرشد التربوي ومسؤولياته تجاه إدارة المدرسة :

1. تزويد المدير بصورة واضحة عن حاجات الطلبة النمائية المختلفة وفي مراحلهم العمرية للعمل على وضع البرامج الكفيلة لتلبية تلك الحاجات .
2. تزويد المدير بصورة واضحة حول الأمور المتعلقة بمشكلات الطلبة والخطط اللازمة لمواجهتها .
3. تقديم الإحصائيات والتقارير الشهرية والفصلية والسنوية لمدير المدرسة .
4. تقديم المعلومات والنتائج للدراسات والبحوث التي قام بها المرشد التربوي , والعمل على توظيف نتائجها لخدمة العملية التربوية والإرشادية في المدرسة .

فعاليات الإرشاد مع الهيئة التدريسية ودور المعلم

أ. معلم المدرسة هو أكثر الأشخاص ارتباطا وصلة بالطلبة لأنه يتعامل معهم يوميا ويتوقع أن يهدف برنامج الإرشاد إلى تطوير وتحقيق الفعاليات التالية بالنسبة للمعلم:

1. مساعدة المعلم في العمل على تلبية الحاجات الأساسية للطلبة من عقلية واجتماعية وانفعالية من خلال فهم الطلبة وتوجيههم للتكيف مع متطلبات النمو المختلفة .
2. مساعدة المعلم على اكتشاف مواطن القوة والضعف لدى الطلبة في وقت مبكر.
3. تنمية اتجاهات ايجابية لدى المعلم نحو أهمية الخدمات الإرشادية وتشجيع الطلبة على الاستفادة منها .
4. تنمية اتجاهات ايجابية لدى المعلم ليكون أكثر وعيا وحساسية تجاه حاجات الطلبة وأهدافهم .
5. تشجيع المعلم على استخدام الأساليب الإرشادية في معالجة مشكلات الطلبة بشكل فردي وجماعي.
6. تنمية الاتجاهات الايجابية لدى المعلم على خلق أجواء مناسبة للطلبة لمساعدتهم على بذل أقصى جهودهم لاستغلال قدراتهم وإمكاناتهم .
7. تشجيع المعلم على تقديم المعلومات والبيانات المتعلقة بالطالب التي تساعد المرشد بشكل فاعل على تقديم الخدمات الإرشادية .
8. التعاون مع المعلم في متابعة الطلبة الذين يحتاجون إلى مساعدة عن طريق وضع برامج وقائية ونمائية وعلاجية يشارك بها كل من المعلم والمرشد.
9. لفت نظر المعلم إلى الطلبة من ذوي الحاجات الخاصة والتعاون لإعداد البرامج الخاصة بهم لمساعدتهم والعمل على تنفيذها .
10. إفساح المجال أمام المعلمين للمشاركة في تخطيط وتطوير وتقويم برنامج التوجيه والإرشاد في المدرسة .
11. إشراك المعلمين في تنفيذ برنامج التوعية المهنية والتوجيه المهني للطلبة .
12. أن يعمل المرشد بمثابة مصدر للمعلومات والتغذية الراجعة بالنسبة لإحالات المعلمين للطلبة وملاحظاتهم واستفساراتهم حولها .

13. مساعدة المعلمين في تحريك الأنشطة المدرسية والمساهمة في تقييمها .

ب. دور المعلم وفعاليته في التعامل في التعامل مع البرنامج الإرشادي في المدرسة:

1. الاهتمام بالطالب الفرد وتقبله .
2. ملاحظة الفروق الفردية بين الطلبة .
3. إدراك حاجات الطلبة لمعرفة مدى تقدمهم وفي أي الجوانب يحتاجون للنمو والتطور .
4. توفير بيئة تربوية ومناخا تعليميا شاملا للطلبة .
5. إحالة من يحتاج من الطلبة إلى المرشد التربوي في المدرسة بالتعاون معه في مساعدة الطلبة على حل مشكلاتهم ومواجهة صعوباتهم .
6. التعاون مع المرشد وأولياء الأمور في متابعة وتنفيذ البرامج الخاصة لبعض الحالات الفردية في الصفوف التي يقوم بتدريسها .

فعاليات الإرشاد مع أولياء أمور الطلبة

أ. دور المرشد في التعامل مع أولياء الأمور .

1. تعريف وتوعية أولياء أمور الطلبة ببرنامج التوجيه والإرشاد في المدرسة والخدمات الإرشادية التي يقدمها للبيئة المدرسية بشكل واضح وموضوعي .
2. تزويد أولياء الأمور بمعلومات أساسية عن إجراءات وسياسة المدرسة وما تقدمه من مواد ومعلومات عن الفرص التعليمية والمهنية .
3. إشراك أولياء الأمور في الأنشطة المدرسية والأنشطة المنبثقة عن برنامج التوجيه الإرشاد .
4. تزويدهم بصورة واضحة وواقعية عن قدرات واتجاهات وتطور أبنائهم وربطها بالتخطيط التعليمي والمهني للطلبة , وكذلك عن جوانب تفوقهم الدراسي وتطورهم الشخصي والاجتماعي .
5. تزويدهم بالمعلومات الكافية عن الحاجات وعن النمو النفسي والاجتماعي لأبنائهم وكيفية التعامل معها والعمل على تلبيتها .
6. توجيه وإرشاد أولياء الأمور بما يحقق وجود مناخ نفسي واجتماعي صحي يؤدي إلى توفير قدر مناسب من الصحة النفسية لدى أبنائهم .
7. عقد لقاءات وندوات تربوية وثقافية لأولياء أمور الطلبة .

8. تشجيع أولياء الأمور بالتردد المستمر إلى المدرسة والتعاون مع المدرسة لمتابعة أبنائهم والإشراف على نموهم بشكل سليم .

9. تقديم خدمات الإرشاد الأسري وتوعية أولياء أمور الطلبة بأهميتها حيث تهدف إلى تحقيق التفاهم بين أعضاء الأسرة والتخلص من الانفعال والصراع الذي قد يسودها والى تحقيق التقارب والتوافق بين جميع الأعضاء في الأسرة كما ويعمل المرشد على تقديم البرامج الوقائية والعلاجية لمساعدة الآباء وأعضاء الأسرة بالتعامل مع الأبناء وعلاج مشكلاتهم .

10. ويمكن للمرشد التربوي أن يدعم ويشجع الاتصال ما بين المدرسة والبيت سواء من خلال الزيارات المنزلية أو من خلال مجلس الآباء والمعلمين أو الزيارات للمدرسة من قبل الآباء بشكل فردي أو جماعي وهذا الاتصال يسهم في تحسين العلاقات الأسرية من خلال تقديم الخدمات الإرشادية والبرامج المناسبة للآباء في التعامل مع الأبناء وفي مواجهة مشكلات الأبناء والمشكلات الأسرية .

11. ويمكن للمرشد والمعلم في المدرسة من خلال التفاعل مع الطلبة يوميا التأثير في سلوكهم بما يساعدهم في تحسين جو العلاقات الأسرية في المنزل .

12. كما ويمكن أن تمتد الخدمات الإرشادية إلى الطالب في المرحلة الثانوية في مجال الإرشاد ألزواجي والتربية الزوجية وإعدادهم لحياة أسرية متكيفة وسعيدة من خلال التوعية , وتعريفهم عن حقائق الحياة الزوجية ومطالبها وأصول عملية اختيار الزوج والمعاملة الزوجية .

ب. دور أولياء أمور الطلبة وفعالياتهم في التعامل مع البرنامج الإرشادي في المدرسة :

1 إن مشاركة الوالدين في برنامج التوجيه الإرشاد في المدرسة أمر جوهري في نجاح الخدمات الإرشادية , وان أي برنامج وقائي أو علاجي لا يمكن أن يتم أو ينجح بمعزل عن الأسرة وقد يكون الوالدان سببا من أسباب المشكلات لدى الطلبة في بعض الحالات لذلك فان البرنامج يساعد في تشجيع الأهل على الالتقاء , وان يكونوا في حالة اتصال وتعاون مستمرين مع المدرسة, إن تعاون البيت مع المدرسة ومحافظة كل منهما على قنوات الاتصال بينهما يدعم العملية التربوية ويساعد في تنمية شخصية الطالب بكافة جوانبها ويساعده على التكيف النفسي والاجتماعي إلى أقصى مداه .

أخلاقيات عمل المرشد التربوي

1. أن يتمتع المرشد بالكفاية المهنية المطلوبة .
2. أن يعرف المرشد حدود عمله وإمكاناته وقدراته .
3. أن يتقبل المرشد المسترشد مهما كانت المشاعر التي يحملها تجاهه .
4. احترام المرشد للمسترشد والاهتمام بمصلحته إلى ابعد الحدود .

5. مبدأ المحافظة على سرية المعلومات :

قد يتعرض المرشد خلال عمله إلى الحاجة لإجراء اتصالات مختلفة مع جهات بهدف الحصول على معلومات عن المسترشد كالسلطة القضائية والإدارة المدرسية , وأولياء الأمور وهذه الاتصالات ضرورية كما أنها تضع المرشد أمام واجباته المختلفة تجاه مسترشده وتجاه المجتمع والعمل الإرشادي فما هي مسؤولية المرشد في هذه الحالة ؟

تتضمن مسؤولية المرشد حيال مبدأ سرية المعلومات ما يلي :

أ. من واجبات المرشد الأساسية هي أن يحمي ما يقدمه مسترشده من معلومات ويحافظ على سريتها .

ب. على المرشد أن لا يعطي معلومات عن مسترشد لمجرد طلب جهة ما لهذه المعلومات حتى لو كان المسترشد قد انقطع عن مراجعة المرشد .

ج. يحق للمرشد أن يفضي ببعض المعلومات عن المسترشد في الحالات التي يمكن أن يتعرض فيها المسترشد أو المجتمع للخطر .

د. وفي الحالات التي يعطي فيها المرشد بعض المعلومات عن المسترشد ينبغي أن يكون المرشد حريصا فيما يقدمه من معلومات لجهة ما , على عدم إيقاع الضرر بالمسترشد .

ه. في حالة اشتراك جهة ما في تقديم العون للمسترشد كأحد المعلمين , على المرشد أن يتأكد بأنه يتمتع بالثقة وبأخلاقيات المهنة .

6. وفيما يتعلق بقضايا العمل مع جهات أخرى والإحالة إليها :ـ

أ. أن لا يقبل المرشد مسترشداً يتلقى مساعدة إرشادية من مرشد أخر أو أي جهة أخرى إلا إذا كان هناك اتفاقا مسبقا للحصول على هذه المساعدة أو أن العلاقة الإرشادية قد توقفت بين هذا المسترشد وبين المرشد الأخر .

ب. على المرشد أن يكتب تقريرا عن حالة المسترشد حين إحالته إلى مرشد أخر

أو أي جهة أخرى وذلك بأسلوب يسهل فهم حالة المسترشد دون استخدام الألفاظ والمصطلحات النفسية المعقدة .

7. على المرشد أن يتابع العمل مع مسترشده للوصول إلى الأهداف المنشودة لهذا المسترشد ولكـن إذا لم يرغب المسترشد في مواصلة العلاقة الإرشادية له مع المرشد وتوقف عن العمل معه فان على المرشد في هذه الحالة أن يتوقف عن العمل مع مسترشده حتى ولـو لم تتحقـق أهـداف العملية الإرشادية مع ذلك المسترشد .
8. على المرشد أن لا يستقبل حالات من أبناء الأصدقاء أو الأقارب وعليه أن يحيلها إلى مرشد أخر .
9. أن يكون المرشد راغبا وميالا للعمل في مجال الإرشاد .
10. أن يتمتع بأخلاقيات البحث العلمي .
11. الممارسات التي ينبغي أن يبتعد المرشد عن القيام بها :

هناك ممارسات وأعمال ينبغي أن لا يقوم بها المرشد التربـوي في المدرسـة حتـى لا يعكـس في أذهان ألطلبه صورة من صور السلطة المدرسية بين المرشد والطالب ومن هذه الأعمال :

1. المناوبة .
2. المراقبة في الامتحانات المدرسية لطلبة المدرسة التي يعمل فيها المرشد كمرشد تربوي .
3. تفقد الحضور والغياب والتأخر الصباحي لطلبة المدرسة .
4. الإشراف على المقصف .
5. الإشراف على اللجان التي تناط إليها أعمال المحافظة على الهدوء والنظام في المدرسة .
6. توزيع المساعدات المالية أو العينية على الطلبة وجمع الرسوم المدرسية .
7. الإشراف على الرحلات المدرسية .
8. تحويل الطلبة إلى العيادات الطبية .
9. الإشراف على الهلال الأحمر المدرسي .
10. كتابة الإنذارات والتنبيهات للطلبة .
11. تكليف المرشد بضبط صف ما أو تهدئته بسب تأخر معلم الحصة أو تغيبه .

12. الإشراف على أنشطة الكشافة والمرشدات .

13. تكليف المرشد بزيارة الصفوف أثناء الحصة وبوجود المعلم إلا إذا تم ذلك بالتنسيق بين المرشد والمعلم المعني مباشرة بهدف متابعة احد الطلبة أو مجموعة من الطلاب وملاحظة سلوكهم وردود أفعالهم داخل غرفة الصف على أن يتم إبلاغ مدير المدرسة بالترتيبات التي تم إعدادها بين المرشد وذلك المعلم .

الكفايات المهنية والفنية للمرشد التربوي :

أ. الكفايات المعرفية

1. الإعداد العلمي : الحصول على الشهادة الجامعية الأولى في مجال الإرشاد والتوجيه أو علم النفس ويفضل من يحمل الماجستير أو الدبلوم في الإرشاد والتوجيه بالإضافة إلى الشهادة الجامعية الأولى في تلك المجالات .
2. الإعداد المهني : حضور الدورات والمشاغل التدريبية المتخصصة في الإرشاد التربوي المركزية والمحلية .
3. النمو المهني من حيث الإعداد والتأهيل والتدريب في مجالات علم النفس وفروعه والتوجيه والإرشاد والاطلاع بشكل مستمر على احدث المستجدات في مجال الدراسات والبحوث والتجارب العلمية في الإرشاد والتوجيه .

ب. الكفايات الفنية :

1. المهارة في التخطيط للخدمات والبرامج الإرشادية في المدرسة .
2. إتقان المهارات اللازمة في تطبيق قطاعات العمل الإرشادي وأساليبه المختلفة .
3. المهارة في التوثيق في السجلات الإرشادية .
4. المهارة في التقييم الذاتي للعمل الإرشادي .
5. المهارة في تحديد حاجات الطلبة والبيئة المدرسية .
6. المهارة في إجراء الدراسات والبحوث وتوظيف نتائجها لخدمة الطلبة والعملية التربوية في المدرسة .

الكفايات الشخصية :

7.المظهر العام . **10 . القدرة على الاتصال والتواصل.**

8.التعاون . **11 .الاتزان والنضج الانفعالي.**

9.التسامح والمرونة في التعامل. **12 . سعة الاطلاع وحب العمل .**

10.الموضوعية.
11.الصبر والحلم.
12.الثقة بالنفس.
13.القدرة على القيادة.
14.فهم الذات وفهم الآخرين.
15.القدرة على التطوير الذاتي.

13 . تقبل مشاعر الآخرين.
14 .التمتع بالصحة النفسية.
15 . القدرة على المواجهة.
16.القدرة على اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية.
17 . القدرة على إقامة علاقات إنسانية ايجابية.
18 .التمسك بأخلاقيات العمل الإرشادي.

مهام المرشد الطلابي:

1-إجراء مسح للطلاب المستجدين في الصفوف الأولية يتضمن الجوانب الحسية والاجتماعية والنفسية والجسمية، ويمكن الاستفادة في هذا المجال من (البطاقة الصحية وسجل المعلومات الشامل للطالب وملاحظات أولياء أمور الطلاب ، وتزويد المعلمين المعنيين بها.

2-فهم خصائص نمو التلاميذ في الصفوف الأولية من المرحلة الابتدائية وتطبيقاتها التربوية والإرشادية للمجتمع التربوي بالمدرسة وأولياء أمور الطلاب.

3-دراسة حالات الطلاب الذين يعانون من ضعف في امتلاك مهارات الحد الأدنى والعمل على تحديد أسباب ضعف القدرة على التعلم لدى الطلاب.

4-التنسيق مع وحدة الخدمات الإرشادية بإدارة التعليم للاستفادة من خدماتها في دراسة حالات الطلاب الذين لم تنفع جهود المدرسة في تحسين مستوياتهم .

5-الإعداد لجلسات أعضاء اللجنة واقتراح جدول العمل لاجتماعاتها الدورية وتدوين محاضر اجتماعاتها في سجل المرشد الطلابي.

6-عقد لقاءات مع أولياء أمور الطلاب ضعفاء التحصيل في مهارات الحد الأدنى وتقديم التوصيات التربوية اللازمة للرفع من مستواهم الدراسي، وتبصيرهم بأهمية دعم الخدمات التربوية والعلاجية .

7-المشاركة مع اللجنة في اتخاذ القرارات التربوية المناسبة خلال الأسبوع الأخير من الفصل الدراسي الثاني بشأن الطلاب الذين لم يتمكنوا من اكتساب مهارات الحد الأدنى.

8- دراسة نتائج بطاقات تقويم الطلاب بعد انتهاء كل فترة تقويمية، والاستفادة من دليل المرشد الطلابي في هذا الشأن.

9- تخصيص ملف للجنة التوجيه والإرشاد في المدرسة.

10- تخصيص ملف للطلاب الذين يتم متابعتهم من قِبل اللجنة والجهود المبذولة لهم، والاستعانة بمعلم الفصل والاستفادة مما لديه عن الطلاب.

11- الاطلاع على البرامج العلاجية المقدمة من قِبل المعلمين والمدة الزمنية المناسبة لتنفيذها ومتابعتها، وتقويم نتائجها بمشاركة المعلم المعالج.

12- الاطلاع على دفاتر التلاميذ، وتوجيهات المعلمين عليها وعلى الكتب المدرسية، ومتابعتها باستمرار.

تطبيقات تربوية على النظرية الانسانية ل روجرز:

وقد عرفت هذه النظرية بالنظرية المتمركزة حول الشخص, ولذا وضع روجرز مبادئ أساسية تستند عليها النظرية في الشخصية؛ يعيش الفرد الفرد في عالم متغير من الخبرات. فلكل فرد حقائقه الخاصة التي قد تختلف عن حقائق غيره.وما يمتلك الفرد من حقائق، يمثل العالم المدرك بالنسبة إليه، وأفضل طريقة لفهم الفرد هي الوصول إلى طريقته في إدراك العالم، أو ما يسميه روجرز بالإطار المرجعي الداخلي للفرد. وينمو فهم الذات نتيجة لتفاعل الفرد مع البيئة وخاصة في تعامله مع الآخرين. والذات هي كل منظم يعبر عنه الشخص باستخدام ضمائر المتكلم.

هذا وما يمر به الفرد من خبرات يمكن أن يعامل كما يلي:

أ- ترمز الخبرات وتدرك وتنظم في علاقة مع الذات.

ب- يتم تجاهلها باعتبار أن لا علاقة مدركة بينها وبين الذات.

ج- تشوه أو ترمز على نحو خاطئ؛ لأنها تتعارض مع مفهوم الذات.

- يؤدي إنكار الخبرات، أو تشويه إلى عدم التكيف.
- في غياب التهديد للذات، فان الخبرات غير المتفقة مع مفهوم الذات يمكن أن تدرك، وتفحص، ويتم ترميزها.

- كلما إدراك الفرد، وتقبل في بناء الذات لديه خبرات أكثر ازداد مفهوم الذات لديه غنى وأصبح اقدر على إدراك الخبرات بدون تشويه

يمكن للمرشد الطلابي إتباع الإجراءات التالية:

- اعتبار المسترشد كفرد وليس مشكلة ليحاول المرشد الطلابي فهم اتجاهاته وأثره على مشكلته من خلال ترك المسترشد يعبر عن مشكلته بحرية حتى يتحرر من التوتر الانفعالي الداخلي.

- المراحل التي يسلكها المشكل في ضوء هذه النظرية تتمثل في الأتي:

مرحلة الاستطلاع والاستكشاف: يمكن التعرف على الصعوبات التي تعبق المسترشد وتسبب له القلق والضيق والتعرف على جوانب القوة لديه لتقويمها والجوانب السلبية من خلال الجلسات الإرشادية ومقابلة ولي أمره أو إخوته ومدرسيه وأصدقائه وأقاربه وتهدف هذه المرحلة إلى مساعدة المسترشد على فهم شخصيته واستغلال الجوانب الإيجابية منها في تحقيق أهدافه كما يريد.

- مرحلة التوضيح وتحقيق القيم: وفي هذه المرحلة يزيد وعي المسترشد ويزيد فهمه وإدراكه للقيم الحقيقية التي لها مكانه لديه من خلال الأسئلة التي يوجهها المرشد والتي يمكن معها إزالة التوتر الموجود لدى المسترشد.
- المكافأة وتعزيز الاستجابات: تعتمد على توضيح المرشد لمدى التقدم لدى المسترشد في الاتجاه الإيجابي وتأكيده للمسترشد بأن ذلك يمثل خطوة أولية في التغلب على الاضطرابات الانفعالية.

الفصل الثـــــامن

النظرية في الارشـــاد

ملاحق هامـــة

الفصل الثـــــامن

النظرية في الارشـــــاد

ملاحق هامــــة

النظرية في الارشـــــاد

التطبيق العملي للنظريات في الإرشاد والعلاج النفسي

أصبحت عملية الإرشاد والتوجيه عملية هادفة منظمة تستند إلى أسس عملية وعلمية، تستمد أهدافها وافتراضاتها وأساليبها، من مجموعة من النظريات التي قام بها مختصون في هذا الحقل، بناء على دراسة علمية وبحث واستقصاء وتجريب، إذ تعتبر النظرية بمثابة دليل أو مرشد، يساعد المرشد في تطبيق مبادئها وافتراضاتها، في الواقع العملي لتحقيق أهداف الإرشاد، بما يتناسب مع طبيعة المسترشد وطبيعة المشكلة. ويشير مفهوم النظرية إلى: مجموعة من الحقائق العلمية، بينها روابط قوية متفاعلة مؤثرة ومتأثرة ببعضها البعض، ثم التأكد من صحتها، من وجهة نظر صاحبها.

ويعرفها هول ولندزي Hall & Lindzey على أنها مجموعة من الافتراضات المناسبة المترابطة بطريقة منظمة، وتشتمل على مجموعة حقائق علمية، مبنية على الملاحظة والاختبار(الزعبي،2002).

ما هي النظرية ؟؟

وتعرف النظرية في الإرشاد بأنها مجموعة من الحقائق المنسجمة المترابطة، التي تساعد على فهم وتفسير الظواهر النفسية للمسترشد، أو تقوم على افتراضات علمية وموضوعية، وتمثل البناء الفكري الذي يهدف إلى الكشف العلاقات المختلفة، بين الظواهر النفسية والسلوكية التي ينطلق منها المرشد إلى الواقع العملي التطبيقي.**(السفاسفة،2003).**

ما أهمية النظرية العلمية في الإرشاد والتوجيه :

تلعب النظرية في الإرشاد دورا هاما في عملية الإرشاد والتوجيه:

- فهي دليل للمرشد تزوده بخط سيره وتحدد أهدافه واختيار الأساليب المناسبة.
- تساعد في القدرة على التنبؤ بالقوانين العلمية التي تحكم السلوك الإنساني.

- تساهم النظرية في تحسين عمليات التعليم والتدريب والتأهيل والإعداد المهني للمرشدين. وحتى تحقق النظرية الإرشادية أهدافها، في فهم وتفسير وضبط السلوك وتعديله وحل المشكلات، لابد أن تتسم بمجموعة من الخصائص، نذكر منها:

1) الشمول ويعني القدرة على تفسير كافة سلوكيات الفرد في سوائها وانحرافها، وفي كل مجالات حياته ومراحله النمائية.
2) الوضوح والدقة أي بساطة المفاهيم وسهولة فهم المعنى، وعدم التناقض بين مفاهيمها، بحيث يستطيع أن يفهمها من يقوم بقراءتها، فتساعده على إدراك المعنى الحقيقي للسلوك.
3) الفائدة العلمية: تعني أنه يمكن الإفادة منها في الواقع العلمي وتوظيف مفاهيمها وربطها بالحياة.
4) استثارة البحث والدراسة: يعني أن تصاغ بطريقة تحث الباحثين والدارسين على البحث العلمي والمعرفة. وهناك مجموعة من الاتجاهات النظرية في الإرشاد والعلاج النفسي، تمثل وجهات نظر أصحابها، حول محددات السلوك الإنساني للمسترشد، وتوجيهه وتعديله وضبطه، بما يحقق صحته النفسية، وتعتبر هذه النظريات مكملة لبعضها البعض وغير متناقضة، يترك فيها المجال أمام المرشد ليختار مايناسب طبيعة المسترشد، وطبيعة المشكلة، وميول المسترشد واتجاهاته.

ما الاتجاهات النظرية في الإرشاد والعلاج النفسي :

أولا : الاتجاه التحليلي (فرويد):

يعد الاتجاه التحليلي في الإرشاد، من أكثر الاتجاهات النظرية اتساعا، وأقدمها استخداما وانتشارا، ويستخدم الاتصال اللفظي والانفعالي بين المحلل والمسترشد.أما نظرية فرويد ركزت على دور العامل البيولوجي في تحديد السلوك الإنساني والشخصية الإنسانية وخاصة العامل الجنسي وبالغت في دوره.

مفاهيم في النظرية :

1) ينظر فرويد نظرة تشاؤمية للطبيعة الإنسانية ، فالإنسان كما يراه كائن خامل غير نشط، سلبي وغير عقلاني، وهناك ثلاثة افتراضات كما يعتقد فرويد في تكوين الإنسان وهي:

-إن السنوات الخمس الأولى من العمر، هي الحاسمة والمقررة لسلوك الفرد

مستقبلا.

-إن الدوافع الجنسية للفرد تعمل كمفتاح، وتقرر سلوك ذلك الفرد.

-سلوك الفرد يضبط بتقرير اللاشعور.

2) تعمل الشخصية كوحدة واحدة وفق منظور زمني ومكاني وتفاعلهما معا.

3) تتكون الشخصية من ثلاثة أنظمة هي: (الهو– الأنا – الأنا الأعلى).

4) تطور الشخصية ناتج عن:

- النضج الطبيعي للفرد.

- تعلم الفرد لتخفيف التوتر والقلق الناتج عن الصراع والإحباط والمخاوف التي خبرها، فتنمو الشخصية لتعلم الفرد بأن يتمثل الوسائل والأساليب الدفاعية للمحافظة على الذات .

السلوك المضطرب:

يكمن في الاختلال في وظائف الفرد النفسية، وهذا يعود لضعف الأنا وعدم تماسكها، وفشلها في التوفيق بين متطلبات كل من النظامين الآخرين(الهو والأنا الأعلى)، حيث يبالغ الفرد في اللجوء والميل إلى استخدام وسائل الدفاع الأولية من تقمص ونكوص وتبرير وتعويض ليحمي نفسه ضد التوتر.

أهداف الإرشاد والعلاج النفسي (التحليلي)	دور المرشد	الإرشاد والعلاج	تقييم النظرية
1) تخليص الفرد من الكبت 2) تحقيق التوافق مع البيئة الداخلية للفرد والبيئة الخارجية	- الاهتمام بالسنوات الخمس الأولى من حياة المسترشد خاصة في الجوانب الانفعالية . - توفير الجو الآمن ليكون مطمئنا وتشجيعه للحديث عن نفسه واستدعاء الأفكار ومحتويات اللاشعور المكبوته - التعامل مع المقاومه -مساعدته لاظهار أفكاره المكبوته في شخصيته .	1) التداعي الحر 2) التحويل 3) تحليل الأحلام وتفسيرها 4) التفسير 5) تحليل مقاومة المسترشد	1) مبالغتها في دور الغرائز في تحديد السلوك 2)بنيت على سلوك المرضى وليس العاديين . 3) نظرتها السلبية التشائمية للطبيعة الانسانية 4) لاتصلح لكثير من الاضطرابات النفسية خاصة الذهانية. 5) تعتبر نظرية علاجية أكثر منها إرشادية

ثانيا : الاتجاه السلوكي (بافلوف واطسون سكنر ثورندايك ميللر باندورا):

يتركز اهتمام النظرية السلوكية على السلوك الظاهر الملاحظ، بتعلمه وتعديلـه وتغيـيره، ويقـوم الإرشاد السلوكي على نظريات التعلم بصفة عامة والتعلم الشرطي بصفة خاصة.

مفاهيم في النظرية :

- معظم السلوك الإنساني متعلم
- الكائن الحي يستجيب للمثيرات البيئية وفقا لتوقعاته المنتظرة منها
- تركز على المثير والاستجابة
- الدافعية: فلاتعلم دون دوافع، والدوافع إما فسيولوجية أولية كالجوع أو ثانوية مكتسبة كالخوف، والدوافع هي محركات وموجهات ومحافظات على استمرارية السلوك، فهي التي تدفع الفرد للاستجابة.
- التعزيز: هو إجراء يهدف إلى تقوية وتثبيت السلوك بالإثابة، وإضعاف ومحو السلوك بالعقاب.
- الانطفاء: وهو اختفاء السلوك إذا لم يمارس ويعزز.
- التعميم: وهو ميل الفرد إلى إظهار الاستجابة المتعلمة في مواقف مشابهة للمواقف التي حصل فيها التعلم .
- العادة: وهي رابطة قوية بين مثير واستجابة، تكونت عن طريق التعلم وتكرار الممارسة.
- التعلم ومحو التعلم، وإعادة التعلم: **التعلم** هو تغير دائم نسبيا في الطاقة السلوكية للفرد ناتج عن الممارسة والتدريب ويستدل عليه من الأداء. أما **محوالتعلم** فهو إطفاء السلوكيات المتعلمة وحذفها، **وإعادة التعلم** هو عودة السلوك المتعلم إلى الظهور بعد انطفائه.
- نظرة السلوكية للطبيعة الإنسانية : فالإنسان يأتي إنسانا طبيعيا لديه استعداد للخير والشر وطريقة نموه هي التي تؤهله.

السلوك المضطرب:

الاضطراب في السلوك هو تعلم خاطىء حدث خلال الخبرات الحياتية المكتسبة، فهو تعلم سيء لعادات من السلوك من أجل التكيف مع مؤثرات المحيط.

أهداف الإرشاد والعلاج النفسي (السلوكي)	دور المرشد	الإرشاد والعلاج	تقييم النظرية
▪ تعديل السلوك اللاسوي ▪ تعليم المسترشد ▪ تخطيط مواقف يتم تعلم ومحو تعلم لتحقيق التغيير المنشود	- فهم المسترشد وتقبله - إفساح المجال والحرية للمسترشد - تعزيز سلوكيات معينه - تشخيص الحالة - التقييم - تعليم المسترشد كيف يعيش حياته	أولا: خطواته : - – تحديد السلوك المضطرب – تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك – تحديد العوامل – تحديد الظروف – إعداد جدول التعديل – تطبيق الخطة العلاجية وتنفيذها ثانيا : أساليبه :- ▪ التعزيز ▪ النمذجة ▪ الكف المتبادل ▪ إزالة الحساسية ▪ الإشراط المضاد ▪ التنفير	- تتعامل مع المسترشد بشكل آلي - تتعامل مع الأعراض وليس الأسباب - تجنب بعض الأساليب السلوكية - تستخدم مع عدد محدد من الاضطراب - استمدت مفاهيمها من تجارب تمت على الحيوان

ثالثا : الاتجاه الإنساني (روجرز) :

يؤكد هذا الاتجاه على دور الخبرة الشعورية للفرد، وإن للطبيعة الإنسانية والخبرة دورا هاما فاعلا في عملية التعلم، حيث يعتبر الإنسان مالكا لحرية الإرادة والاختيار، وأن لديه القدرة الخلاقة على النمو والإبداع والتوافق(الربيعي،1994).

مفاهيم في النظرية :

- الإرشاد الروجري يتمركز حول الفرد المسترشد لأنه يسمح للفرد المسترشد أن يصل إلى حلول لمشكلاته التي يراها بنفسه مناسبة، مع أقصى درجه من الحرية والإرادة (أبو غزالة،1985).
- الدافع الأساسي عند الإنسان تحقيق الذات، والفرد المتوافق من يدرك ذاته والبيئة المحيطة به بصورة واقعية ولديه تقدير عال لذاته.
- الطبيعة الإنسانية تكون في الأصل ايجابية وأن الإنسان كائن اجتماعي، طموح، منطقي ، يتوافق مع طبيعته إلا في حالات الاضطراب التي تنشأ من عدم التطابق بين حاجة الفرد للتعبير عن مشاعره الحقيقة، وبين الرغبة في الحصول على احترام الآخرين وتقديرهم.
- تتلخص التصورات الرئيسية:

-الكائن العضوي وهو الفرد بكليته.

-المجال الظاهري وهو مجموعة الخبرة.

-الذات وهو الجزء المتمايز من المجال الظاهري.

- فالكائن العضوي يمتلك خصائص منها يستجيب الكائن الحي للمجال الظاهري، أن له دافعا أساسيا واحدا هو تحقيق وصون الذات و أنه قد يرمز إلى خبراته بحيث تصبح شعورية أو قد ينكرها فتبقى لاشعورية.
- للمجال الظاهري خاصية أن يكون شعوريا أو لاشعوريا.
- الذات: وهي فكرة الفرد عن نفسه.

السلوك المضطرب:

بما أن الذات حجر الأساس في البناء الشخصي للفرد، لذلك فإن أي إحباط يعيق، أو يهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد، وعلى رأسها تدعيم صورة الفرد ينتج عنه تقييم سيء للذات، وبالتالي نقص احترام الفرد لذاته ويؤثر الحرمان أو

الإحباط في اضطراب الشخصية.

أهداف الإرشاد والعلاج النفسي (الإنساني)	دور المرشد	الإرشاد والعلاج	تقييم النظرية
- مساعدة المسترشد على النمو بشكل يحقق فيه ذاته في ظروف ملائمة. - مساعدة المسترشد في التخلص من جميع أنماط السلوك السلبية وذلك من خلال دعمه وتشجيعه. - إزالة العوائق والعقبات التي تعترض سبيل تحقيق ذات المسترشد. - مساعدة المسترشد في تطوير ذاته. - تغيير شخصية المسترشد من خلال تغيير مدركاته أي تغيير في السلوك باتجاه النضج.	- خلق جو من الود والاحترام - عكس مشاعر المسترشد وتجنب التهديد . - لابد من ادراك المشكلة بشكل واسع وتعزيز مشاعر المسترشد بالتقبل ويساعدة على تحقيق ذاته وتحقيق نمو متكامل إيجابي.	لقد ترك روجرز للمرشد استخدام أي أسلوب علاجي يراه مناسبا حسب طبيعة المشكلة، وترتكز طريقته الإرشادية على توفير علاقة دافئة بينهما وتتضمن الشروط التي تحدث العلاج وتحققه، وتخضع لمبدأ هام هو (إذا-فإنه)	- المرشد يكون سلبيا. - الفرد له الحق في تحقيق أهدافه ولكن ليس له الحق في السلوك الخاطئ. - تقلل من أهمية العوامل اللاشعورية في تحديد السلوك - لاتركز على وسائل جمع المعلومات بل تعتمد على المقابلة فقط.

رابعا : الاتجاه المعرفي (إليس):

مفاهيم في النظرية :

- الإنسان مخلوق عقلاني وغير عقلاني في آن واحد.
- التفكير والعاطفة عمليتان متلازمتان.
- التفكير اللامنطقي يعود في أصله إلى مراحل التعلم المبكر.
- استمرار الاضطراب النفسي لاتقرره الظروف.
- الإنسان مخلوق متكلم ويعتمد في تفكيره على استخدام الرموز.
- يجب مواجهة الأفكار السلبية الانهزامية عن طريق تنظيم الإدراك.والتفكير بحيث يصبح منطقيا وعقلانيا
- الشخصية تتألف من المعتقدات والبناءات والاتجاهات والقيم الإنسانية

السلوك المضطرب:

إن أسباب الاضطراب لدى "أليس" سببه التفكير اللامنطقي، وما يقوله الفرد لنفسه من حديث داخلي، أو الاضطراب العاطفي، فهو ناتج عن سلسلة من الجمل والأفكار الخاطئة التي يحملها الفرد ويؤمن بها ويحدث نفسه بها ويدافع عنها .

أهداف الإرشاد والعلاج النفسي (المعرفي)	دور المرشد	الإرشاد والعلاج	تقييم النظرية
– علاج اللامنطق بالمنطق والعقلانية – توجيه المسترشد إلى أنه سيبقى في حالة اضطراب اذا استمر في التفكير بصورة غير منطقية – مساعدة المسترشد على رفض الافكار الخاطئة – مساعدة المسترشد على تعلم خطوات التفكير المنطقي.	– يتحدد دور المرشد في مساعدة المسترشد في التخلص من أفكاره اللاعقلانية واللامنطقية، واستبدالها بأفكار ومعتقدات واتجاهات عقلانية ومنطقية. – يستخدم المرشد العقلاني الأسليب الإرشادية التالية :- أ- الأساليب السلوكية كالتعزيز والعقاب ب- الأساليب المعرفية كالتحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية ودحضها واستبدالها بأفكار منطقية. ت- الأساليب الانفعالية كأسلوب مواجهة المعتقدات بشيء من المرح والدعابة والنمذجة وغيرها.	1- جعل المسترشد واعيا لأفكاره اللامنطقية وتفكيره الداخلي والتوضيح له أن سبب اضطرابه سلسلة الكلمات التي يقولها لنفسه. 2- جعل المسترشد واعيا بأنه سيظل اضطرابه العاطفي إذا استمر في تفكيره اللامنطقي. 3- تغيير تفكير المسترشد الداخلي اللامنطقي. 4- يناقشه في أفكاره اللامنطقية بشكل عام وفلسفته في الحياة	يستند بشكل كبير على الألفاظ. استخدام العقل في المخاوف المرضية قليل يعتبر اسلوب مباشر ويخضع بشكل كامل دون مراعاة لمعتقداته. حالات الاضطراب الشديد لايمكن استخدامه

خامسا : الاتجاه الجشطالتي (بيرلز):

مفاهيم في النظرية :

1) تنظر إلى الطبيعة الإنسانية على أنها كلية متكاملة من جسم وعقل وعاطفة
2) الكلية والتنظيم الإدراكي.
3) التعلم بالاستبصار.
4) الدفاع والعدوان.
5) المسئولية.
6) الشخصية والذات.
7) بنية الشخصية؛ أ)الذات. ب)صورة الذات. ج)الوجود وهو العضوية الكلية.

السلوك المضطرب:

تشتق هذه النظرية الوظيفة السوية للعضوية من مقدمات محددة منطقية حول طبيعة العضويات الحية، وعلاقة هذه العضويات (الكائنات) بالبيئة المحيطة، وأول هذه المقدمات ،هي أن العلاقة بين العضوية والبيئة هي وحدة تامة، والمبدأ الثاني فهو المنطقي لطبيعة العلاقة بين العضوية والبيئة، فالشخص السوي هو الذي يحتفظ باتجاهاته إيجابية نحو نفسه، معتمدا على ثقته بعضويته، وكذلك يتكيف مع نفسه.

أهداف الإرشاد والعلاج النفسي (الجشطالتي)	دور المرشد	الإرشاد والعلاج	تقييم النظرية
- تسهيل النمو الشخصي للفرد - مساعدة المسترشد في التحول من مركز الضبط الخارجي المحكوم بالبيئة إلى مركز ضبط داخلي ذاتي - مساعدة المسترشد في المشاركة الاجتماعية - مساعدة المسترشد في الانفتاح على الخبرة والممارسة	- أن يكون واعيا مدركا لدور الاتصال غير اللفظي خاصة لغة الجسد. - أن يشارك المسترشد في المشاعر والانفعالات - أن يوزع الأدوار ويصمم الأنشطة والألعاب والتمارين التي تساعد المسترشد في الاستمرارية في المشاركة. - أن يكون النموذج الأمثل للمسترشد وللجماعة الإرشادية في أصالته وصراحته ووضوحه وتقبله. - أن يكون المرشد / المعالج مبدعا مبتكرا في استخدامه لطرق العلاج وتنويعها، وإدراك فردية الفرد. - أن يدفع المسترشد لإنهاء وإتمام الأعمال غير المنتهية مع عدم الضغط عليه.	- تحمل المسؤولية - الكرسي الساخن - عمل دورات - كيف - والآن - لغة الجسد - أنا وأنت - الكرسي الخالي	- يحتاج العلاج لمرشد ومعالج خبير مبدع وهذا لايتوافر في أحيان كثيرة. - أهملت النظرية الجوانب المعرفية في شخصية المسترشد وركزت على المواجهة والتحدي مهملة التجربة والملاحظة. - استخدام المواجهة في هذه النظرية يؤدي إلى تجريد المسترشد من إنسانيته بدل الألفة المتوقعة مما يؤدي بعض الأفراد للتفاعل المفتعل .

واجبات المسترشد في العملية الإرشادية

- إن المسترشد هو المسؤول عن صحة وصدق المعلومات التي يقدمها عن المتغيرات والأحداث والمواقف والعلاقات .... المتصلة بمشكلته فالمرشد يأخذ ثلث ملامح التشخيص من المسترشد نفسه . وثلثه من الملاحظات والمقابلات والاختبارات التي يجريها معه ، ثم الثلث الأخير يكون من خبرة المرشد وعلمه ومهاراته العلمية والعملية .
- المسترشد هو الذي يخطو الخطوة الأولى في البدء بمواجهة مشكلته والمرشد يساعد ويقنع ويوجه ويوحي ولكنه لا يأمر ولا يجبر, فالمسترشد إنسان حر راشد عليه مسؤولية اتخاذ القرار المناسب حسب توجيهات المرشد واستشاراته .
- تنفيذ كل شي يوصي به المرشد من توجيهات وإجراءات وخطوات علاجية هي مسؤولية المسترشد ذاته، فالمرشد لا يجبر المسترشد في مواقف الحياة وعلاقاته بالآخرين، لذا فالمسترشد ينبغي أن يكون صادقا مع نفسه، أمينا على تنفيذ توجيهات المرشد. فالطبيب يشخص ويصف الدواء، ويقدمه للمريض ولكنه لا يلازمه ليعلم هل تناول الدواء أو ألقاه دون استخدام.
- المحافظة على المواعيد والجلسات الإرشادية لأنها مفيدة له كالدواء للمريض.

ملاحق

استمارة وصفية لدراسة حالة إرشادية

نموذج رقم(1)

....

❖ **بيانـات عامة:**

رمز المسترشد: ....   رقم المسترشد:..................

الجنس: ( ) ذكر   ( ) أنثى

التاريخ الميلادي(العمر):..........................

الصف:................ القسم:..............   المعدل التراكمي :...............

عنوان السكن: ....

مصدر الاحالة...

السؤال	جيدة	متوسطة	ضعيفة
علاقة الطالب مع معلميه			
علاقة الطالب مع زملاءه في المدرسة			
علاقة الطالب مع زملاءه خارج المدرسة وفي القرية			

هل لديك مشكلات دراسية   ( ) نعم   ( ) لا

إذا كانت الإجابة بنعم فما هي المشكلات التي تواجهك؟

....

....

❖ **بيانات عن التاريخ الأسري:**

عمر الأب:...............   مهنته:..................   مستواه التعليمي:................

هل هو على قيد الحياة؟   ( ) نعم   ( ) لا

هل هو متزوج من أمراة أخرى   ( ) نعم   ( ) لا

اذ كان متوفي فما سبب الوفاة (مرض- حادث – طبيعي)

ما هي العادات السلوكية التي يتميز بها الأب ؟ (عادات مرغوبة – عادات غير مرغوبة)

ها يعاني الأب من اضطراب نفسي أو عقلي أو أمراض جسمية ؟
هل أدخل بسب هذا الاضطراب احد المستشفيات الإمراض النفسية؟ ( ) نعم ( ) لا

عمر الأم:.............. مهنتها:................. مستواها التعليمي:................
هل هي على قيد الحياة؟ ( ) نعم ( ) لا
ما هي العادات السلوكية التي تتميز بها الأم ؟ (عادات مرغوبة – عادات غير مرغوبة)
هل تعاني من أراض أو اضطرابات نفسية أو عقلية أو جسمية ؟
هل أدخلت بسب هذا الاضطراب احد المستشفيات الإمراض النفسية؟ ( ) نعم ( ) لا
إذا كانت الإجابة بنعم فما مدة الترقيد؟

....
ما نوع العلاج الذي تلقته في المستشفي؟

....
علاقتك مع والديك ؟..
ها هناك تشاجر ونزاع يقع بين الأم والأب ؟..
كم عدد الأخوة والأخوات ؟ أذكرهم بالترتيب. ....

....
كيف علاقتك مع أخوتك ؟..

- التاريخ التعليمي:

مستوى التحصيل خلال المراحل الدراسية ؟ (الابتدائية – المتوسطة – الثانوية ؟...

....

❖ بيانات بتاريخ بداية الحالة:

هل سبق لك أن راجعت أو لا تزال تراجع أحدى العيادات أو المستشفيات النفسية؟
( ) نعم ( ) لا
عند الإجابة بنعم فما أسباب مراجعتك؟

....

....

هل تلقيت بعض العلاجات؟ ( ) نعم ( ) لا

اذكر العلاجات إذا كانت إجابتك بنعم؟

....

....

هل سبق أن تلقيت إرشادا نفسيا أو تربويا أو اجتماعيا ؟

( ) نعم ( ) لا

إذا كانت الإجابة بنعم فما البرامج الإرشادية التي تلقيتها

....

....

هل استفدت من البرامج الإرشادية؟

( ) نعم ( ) لا

إذا كانت الإجابة (لا) فلماذا؟

....

- ❖ معلومات عن الشكوى الأساسية:

بدء ظهور هذه الأعراض: ....

كيفية ظهورها: ( ) بشكل بطئ وتدريجي ( ) بشكل سريع ومفاجئ

ما الأعراض التي ظهرت بدء الحالة؟

....

....

ما الأعراض التي تشكوا منها الآن؟

....

....

هل حالتك الوحيدة في الأسرة؟ ( ) نعم ( ) لا

هل توجد صدمات أو مشاكل نفسية ضاغطة أثرت على حالتك الحالية ؟ ( ) نعم

( ) لا

إذا كانت إجابتك بنعم اذكر هذه الصدمات؟

....

....

وصف حالة المسترشد من قبل المرشد النفسي:

....

....

....

.... توقيع المرشد النفسي

الصفحة النفسية للمسترشد

رمز المسترشد :............   رقم المسترشد :............

قائمة : سمات ، خبرات ، أعراض ..... قد تكون لدى المسترشد وللمرشد الحكم عليها مبدئياً

الرقم	يشعر بـ..... / يعاني من	مقياس التقدير				
.1	النقص والدونية	1	2	3	4	5
.2	وساوس قهرية	1	2	3	4	5
.3	هلاوس (بصرية ، سمعية ، أخرى ..)	1	2	3	4	5
.4	ارتعاشات /نفظه	1	2	3	4	5
.5	النمطية / اللازمات	1	2	3	4	5
.6	الانطوائية / الانعزالية	1	2	3	4	5
.7	يحب الصراع والمشاجرة	1	2	3	4	5
.8	الرغبة في البكاء بدون سبب واضح	1	2	3	4	5
.9	الإكثار من التحدث عن النفس	1	2	3	4	5
.10	مخاوف مرضية (فوبيا)	1	2	3	4	5
.11	التدخين	1	2	3	4	5
.12	إدمان الخمور	1	2	3	4	5

.13	إدمان المخدرات	1	2	3	4	5
.14	إدمان المهدئات	1	2	3	4	5
.15	آلام في الصدر / أزمة في التنفس	1	2	3	4	5
.16	فقدان الشهية للطعام / قلة الأكل	1	2	3	4	5
.17	التلعثم في الحديث	1	2	3	4	5
.18	صداع مستمر	1	2	3	4	5
.19	اضطرابات في الذاكرة	1	2	3	4	5
.20	أفكار لا عقلانية	1	2	3	4	5
.21	التهور (سرعة الغضب)	1	2	3	4	5
.22	صعوبة النوم أو قلته	1	2	3	4	5
.23	أحلام مزعجة أو كوابيس	1	2	3	4	5
.24	قصور الانفعال / التبلد الانفعالي	1	2	3	4	5
.25	قواه منهكة / الإحساس السريع بالإجهاد	1	2	3	4	5
.26	قضم الأظافر / مص الأصابع	1	2	3	4	5
.27	ميول انتحارية	1	2	3	4	5
.28	الأفكار الإيمائية	1	2	3	4	5
.29	الحرمان العاطفي	1	2	3	4	5
.30	التوتر	1	2	3	4	5
.31	الكسل / الخمول	1	2	3	4	5
.32	تأنيب الضمير / الإحساس بمشاعر الذنب	1	2	3	4	5
.33	التصرفات الطفولية	1	2	3	4	5
.34	حب التمرد	1	2	3	4	5
.35	المشي أو التكلم أثناء النوم	1	2	3	4	5
.36	التناقص بين الذات الواقعية والذات المثالية	1	2	3	4	5
.37	التشاؤم	1	2	3	4	5

38.	الهوس	1	2	3	4	5
39.	الحساسية المفرطة	1	2	3	4	5
40.	الإهمال للمظهر العام	1	2	3	4	5
41.	علاقات غرامية	1	2	3	4	5
42.	التناقص الانفعالي	1	2	3	4	5
43.	السلوك الاجتماعي	1	2	3	4	5
44.	هذاء العظمة	1	2	3	4	5
45.	هذاء الاضطهاد	1	2	3	4	5
46.	قصور البصر أو السمع أو الحركة أو أخرى	1	2	3	4	5
47.	الضعف العقلي	1	2	3	4	5
48.	المصاعب الدراسية	1	2	3	4	5
49.	تشتيت الانتباه / عدم القدرة على التركيز	1	2	3	4	5
50.	الشللية / رفاق السوء	1	2	3	4	5

أخرى : ....

تعليقات المرشد : ....

....

توقيع المرشد النفسي:........................

التاريخ:..../...../.........م

نموذج إقرار بالموافقة على تسجيل وملاحظة المقابلة الإرشادية

يعتبر تسجيل المقابلة الإرشادية (كتابيا أو سمعيا أو بصريا) من قبل المرشد النفسي من أهم الأشياء التي تساعد المرشد والمسترشد على كشف حالته وخاصة في مرحلة التشخيص مع العلم إن هذه التسجيلات لا تستخدم إلا لغايات العلاج ولن تشاهد أو تسمع في مكان أو من قبل فرد خارج المركز الإرشادي .

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا ،،،،،

....

لقد أطلعت على ما ذكر أعلاه ، وإنني أقر بالموافقة على التسجيل الذي أضع إمامه إشارة (x):

1- الكتابي ... ( )

2- السمعي ... ( )

3- المرئي ... ( )

رمز المسترشد **رقم المسترشد**

توقيع المسترشد ....

تاريخ الإقرار: ....

نموذج إقرار بالسماح على الإطلاع على ملف المسترشد

عزيزي المسترشد : السلام عليكم ورحمة الـلـه وبركاته ، وبعد :

نحيطكم علما بان الملف الذي يوجد بالمركز الإرشادي والخاص بكم لا يمكن أن يطلع عليه احـد غـيركم ألا بعـد مـوافقتكم الخطيـة وهـذا الاطلاع ليس من اجل القراءة لك شخص وانما لبعض المرشدين المختصين والذي سوف يكون لهم دور بارز في عـلاج حـالتكم لـذلك نطلـب منكم الموافقة على ذلك وحول الموضوع المذكور أعلاه .

ولكم منا جزيل الشكر والتقدير،،،،،،

1) عدم الإطلاع على ملفي نهائيا : ....

2) لا مانع أن يطلع والداي أو من ينوب عنهما على ملفي :

...

3) لا مانع أن يطلع على ملفي أو يرسل معلومات منه إلى ذوي الخبرة والاختصاص بهدف التشاور على أفضل السبل الممكنة لمساعدتي

...

4) لا مانع أن يطلع على ملفي أو يرسل معلومات عنه إلى :

أ) ....

ب) ....

ج) ....

ملاحظات وتوصيات المرشد النفسي:

...

..

.....

رمز المسترشد	**رقم المسترشد**
توقيع المسترشد	**...**
تاريخ الإقرار:	**...**
توقيع المرشد النفسي:	

نموذج التقرير الختامي لحالة استرشادية

رمز الحالة : ....   رقم الحالة : ....

- **معلومات الهوية الشخصية:**

الجنس : ذكر (   )   أنثي (   )   العمر : ....

الصف: .... القسم: .... المعدل التراكمي :......................

الحالة الاجتماعية :

أعزب (   )   خاطب (   )   متزوج (   )   مطلق (   )

مصدر الإحالة : ....

سبب الإحالة : ....

- **المعلومات الإرشادية :**

عدد المقابلات الكلي : ....

مدى حضور المسترشد للمقابلات بصفة عامة : ....

الاختبارات النفسية التي أجريت للمسترشد :

...

الاستنتاجات الناجمة عن الاختبارات النفسية: ....

تشخيص حالة المسترشد أثناء الجلسات الإرشادية :

...

الطرق الإرشادية المستخدمة لعلاج المسترشد: ....

مظاهر التحسن التي طرأت على سلوك المسترشد :

...

توصيات وملاحظات المرشد النفسي: ....

تاريخ إقفال الحالة: ....

توقيع المسترشد ....

توقيع المرشد النفسي:

نموذج خاص بالطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة

❖ معلومات شخصية :

الاسم : ....   الرقم الجامعي : ....

العمر : .... الصف : .... القسم : ....

السنة الدراسية : ....   المعدل التراكمي : ....

عنوان الدائم للسكن: ....

الهاتف : ....

الحالة الاجتماعية :

أعزب ( )   خاطب ( )   متزوج ( )   مطلق ( )

❖ الحالة الصحية للطالب :

* ما الحالة التي تعاني منها :

( ) حركية   ( ) بصرية   ( ) سمعية   ( ) متعددة

* هل تعاني من أمراض معينة ؟ اذكرها .

....

* ما المشاكل التي تعاني منها داخل المدرسة ؟

....

* ما طبيعة المساعدة أو الخدمة الإرشادية المطلوبة من المرشد النفسي ؟

....

توقيع المرشد النفسي:

التاريخ:.../...../ 200 م

جدول الجلسات الإرشادية

....

م	اليوم الجلسة	التاريخ	الزمن من	إلى	رمز المسترشد	رقم المسترشد
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

توقيع المرشد النفسي:

المراجـــع:

أحمد الزعبي.(2002). **الإرشاد النفسي، نظرياته،اتجاهاته، مجالاته**. دار زهران للنشر والتوزيع،عمان.

عبدالمطلب امين القريضي.(1998).**في الصحة النفسية**،ط/1. دار الفكر العربي.

سهير كامل احمد .(2001). **الصحة النفسية للأطفال** ، مركز الأسكندرية للكتاب.

محمد محروس الشناوي .(). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

علاء الدين كفافي .(1999). **الإرشاد والعلاج النفسي الأسري** : المنظور النسقي الاتصالي، دار الفكر العربي.

وزارة التربيـة والتعلـيم , المديريـة العامـة للتعلـيم, مديريـة التربيـة الخاصـة , قسـم الإرشـاد التربـوي والصـحة النفسية.(1996). **فعاليات برنامج الإرشاد والتوجيـه, ودور المرشـد التربـوي في المـدارس** , الأردنيـة (تفعيـل دور المرشد التربوي) تشرين الثاني 1996.

جامعة القدس المفتوحة.(1998). **الارشاد والتوجيه في مراحل العمر**. جامعة القدس المفتوحة. القدس.

جامعة القدس المفتوحة.(1999). **الصحة والرعاية النفسية**. جامعة القدس المفتوحة .القدس.

زهران، حامد عبد السلام.(1982).**التوجيه والإرشاد النفسي**. عالم الكتب. القارة، مصر.

الزيود، نادر فهمي. (1998). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**. ط1. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. عمان، الأردن.

الجسماني، عبدالعلي **(1994). علم النفس وتطبيقاته الإجتماعية والتربوية.** بيروت: الدار العربية للعلوم.

إبراهيم، عبدالستار **(1980). العلاج النفسي الحديث، الكويت:** سلسلة عالم المعرفة، العدد27.

إبراهيم، عبدالستار **(1985). الإنسان وعلم النفس،** الكويت: سلسلة عالم

المعرفة، العدد86.

إبراهيم، عبدالستار (1998). **الإكتئاب**. الكويت: سلسلة عالم المعرفة، العدد 239.

أبراهيم، عبالستار والدخيل، عبدالعزيز بن عبدالله و أبراهيم، رضوان (1993). **العلاج السلوكي للطفل**. الكويت: سلسلة عالم المعرفة، العدد 180.

صالح، محمود عبد الله.(1985).**أساسيات في الإرشاد التربوي**. دار المريخ للنشر. السعودية.

دويك, كارول اس (2006).**نظريات الذات ودورها في الدافعية والشخصية والنمو**, دار الكتاب الجامعي.

الظاهر, قحطان احمد.(2004).**مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق** .الطبعة الثانية.الكويت: دار الاوائل.

العلي, احمد عبدالله.(1987).**التعلم الذاتي بين النظرية و التطبيق** ,الكويت: دار ذات السلاسل.

لابين,والاس.(1981).**مفهوم الذات** ,مصر: دار النهضة العربية.

زكي,رمزي.(1987).**الاعتماد على الذات: بين الاحلام النظرية وضرورة الواقع والشروط الموضوعية**, مصر: دار الشباب.

جيكارتنسف, فلاديمير(2005).**دراسة القوى الداخلية في الذات: نظرة في اعماق النفس**, مصر: دار علاء الدين.

الخواجا, عبدالفتاح .(2001). **مستقبل التعليم الحديث-التحديات وتكنولوجيا المعلومات الحديثة**, دار المستقبل عمان : الأردن.

الخواجا, عبد الفتاح.(2002). **الإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق**. الدار العلمية للنشر ودار الثقافة للنشر والتوزيع, عمان: الأردن.

الخواجا, عبد الفتاح.(2001). **علم النفس العلاج النفسي المعاصر**, دار المستقبل, عمان, الأردن.

الخواجا, عبد الفتاح.(2003). **مقدمة في برامج الارشاد والعلاج الجماعي**, دار المستقبل, عمان, الأردن.

علي جابر الربيعي.(1994). **شخصية الإنسان، تكوينها وطبيعتها**

واضطراباتها، دار الشؤون الثقافية العامة، بغداد.

عبادة، أحمد (2001). مقاييس الشخصية "للشباب والراشدين". الجزء الأول. القاهرة: مركز الكتاب للنشر.

رضوان، سامر جميل ، (2003). الدوافع والشخصية. مجلة العلوم النفسية العربية. من موقع:
http://www.arabpsynet.com/archives/op/OP.SamerPersonalMotivation.htm

محمد إبراهيم السفاسفة.(2003). **أساسيات في الإرشاد والتوجيه النفسي- والتربوي**، مكتبة الفلاح، الإمارات العربية المتحدة .

محمد حامد زهران.(2000).**الإرشاد النفسي المصغر للتعامل مع المشكلات المدرسية**، علم الكتب ، القاهرة، جمهورية مصر العربية

منذر الضامن.(2003). **الإرشاد النفسي أسسه الفنية والنظرية**، مكتبة الفلاح، العين، دولة الإمارات العربية المتحدة.

المديرية العامة للعلاقات والإعلام التربوي ، دائرة الإرشاد والتوعية التربوية **ورقة عمل مقدمة في البرنامج التدريبي لإعداد الأخصائيين الاجتماعيين الجدد** خلال الفترة من(19- 21 /12 / 2005م).

نادر فهمي الزيود .(1998). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي** ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ، عمان .

هادي مشعان ربيع(2005). **الإرشاد التربوي والنفسي من المنظور الحديث**، مكتبة المجتمع العربي ،عمان، الأردن .

هيفاء أبو غزالة.(1985). **دليل المرشد التربوي** (ط1)، وزارة التربية والتعليم الأردنية، عمان.

Levin, Jerome D (1992).**Theories of Self**,UK: Hemisphere company .

American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association, 1987. . **Diagnostic and statistical manual of mental disorder**s (3rd ed., rev. ed.), Author, Washington, DC.

American Psychiatric Association, 1994. . **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (4th ed.), Author, Washington, DC.

Jones, R. T. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after hurricane Andrew: A prospective study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 64, 712–723.

Kaplan, H and Sadock, B (1994) . **PTSD, in Synopsis of Psychiatry**, 7th ed, Williams and Wilkins, Middle East Edition, Cairo.

Beck, A. T., Freeman, A. (1990). **Cognitive Therapy of Personality Disorders**. New York: Books.

Blanchard, E. B., Buckley, T. C., Hickling, E. J., & Taylor, A. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid depression: Is the correlation an illusion? **Journal of Anxiety Disorders**, 22(1), 21–37.

Boss, P. G. (2002). **Family stress management: A contextual approach**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Stern,Raphael(1986).**Theories of The Unconscious And Theories Of The Self,** USA :Analytic Press Company.

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. **American Psychologist,** 55, 1247-1263.

Brosnan, Peter Anthony Loudoun, Rebecca Jan (2004). **A Dangerous Age:Teenage Australian Workers in the 21st Century.** Griffith University: Brisbane. From: **http://hdl.handle.net/10072/8852.**

Caligiuri, Paula M. (2000). The big five personality characteristics as predictors of expatriate's desire to terminate the assignment and supervisor-rated performance. J. **personnel psychology**, 53, 67-88.

Ewen, R. B. (1998). Personality: A topical approach. Mahweh, NJ: Erlbaum.

McAdams, Dan P. (1990). **The person., an Introduction to Personality Psychology**. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.

Samuel D. (2001). Personality Correlates of Self-Esteem, **Journal of Research in Personality,** 35, 463–482.

Schultz, D. P & Schultz, S. E. (2005). **Theories of Personality**. Belmont, CA: Thomson Wadsworth.

Zaleski, Zbigniew (1996). **Future anxiety: concept, measurement, and preliminary research.** Personal Individual Difference. Elsevier Science, 21 (2), 165-174.

Zaleski, Zbigniew, Janson, Michal, (2000). **Effect of future anxiety and locus of control on power strategies** used by military and civilian supervisors. From: http://**www.psychologia.sav.sk/sp/2000/sp1-2-00.htm#10**

المؤلف في سطور:

- **دكتوراه الفلسفة : الإرشاد النفسي والتربوي.**
- **محاضر غير متفرغ برتبة أستاذ مساعد في جامعة عمان العربية للدراسات العليا سابقا.**
- **مساعد أكاديمي ومحاضر في كلية الأندلس سابقا.**
- **استشاري نفسي وتربوي وأسري.**
- **مدرب في التنمية البشرية وفي مجال تطوير الادارة.**

- مؤلف كتب علمية متعددة في علم النفس والارشاد والعلاج النفسي ومجال الادارة.
- عضو جمعية علم النفس الأردنية.
- جامعة السلطان قابوس.

مفاهيم اساسية في

الصحة النفسية و الإرشاد النفسي

الدكتور

عبد الفتاح الخواجة

خبراء الكتاب الأكاديمي

مفاهيم اساسية في الصحة النفسية و الإرشاد النفسي

د. عبد الفتاح الخواجة



دار البداية ناشرون وموزعون

عمان - وسط البلد

هاتف: 4640679 6 962+ تلفاكس: 4640597 6 962+

ص.ب 510336 عمان 11151 الأردن

Info.daralbedayah@yahoo.com

خبراء الكتاب الأكاديمي



9 789957 521059



دار المستقبل للنشر والتوزيع

عمان - وسط البلد - أول شارع الشابسوغ

تلفاكس : 4658263 6 962+

ص.ب 184248 عمان 11118 الأردن

info.daralmostaqbal@yahoo.com

مختصون بإنتاج الكتاب الجامعي